

CIRUGIA Y CIRUJANOS

PUBLICACION MENSUAL

ORGANO OFICIAL DE LA
ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA

TOMO XVII

2

1949

FEBRERO

Presidente:

DR. JOSE AGUILAR ALVÁREZ.

Director Permanente de Publicaciones:

DR. FRANCISCO FONSECA.



Gevelina Erba

(Antes SPASMODOLISINA)

MEDICACION ANALGESICA Y ANTIESPASMODICA DE ACCION RAPIDA.

NO PRESENTA FENOMENOS DE ACUMULACION, DE INTOLERANCIA, NI SECUNDARIOS DESAGRADABLES (CEFALEAS, NAUSEAS Y VOMITOS; HIPOTENSION ARTERIAL O NEUROMUSCULAR; NO SE OBTIENEN CAMBIOS EN EL ELECTROCARDIOGRAMA).

INDICACIONES:

Todas las formas dolorosas por contracción patológica de la musculatura lisa y por irritación neurológica: cólicos intestinales, cólicos hepáticos, cardiospasmos, etc.; neoplasias, dolores por perivisceritis, neuralgias dentales e intercostales, etc.

En el parto hace desaparecer el dolor y la excitabilidad nerviosa sin impedir el curso fisiológico del trabajo del mismo.

Pre y post operatorio.

DOSIS:

En casos agudos se puede poner de media a una ampollita por vía endovenosa. Una o dos horas después continuar con aplicaciones intramusculares que pueden repetirse cada 6 u 8 horas.

PRESENTACION:

Caja de 8 ampollitas de 2 cm³ conteniendo cada una 0.050 g. de clorhidrato del éster propílico del 1 metil 4 fenil piperidina 4 carboxílico.

SU PRESCRIPCION NO REQUIERE RECETARIO ESPECIAL DE "ENERVANTES" SINO UNICAMENTE RECETA ORDINARIA DE MEDICO REGISTRADO LEGALMENTE.

CARLO ERBA
de México, S.A.

Oficinas: Coahuila No. 60

México, D.F.

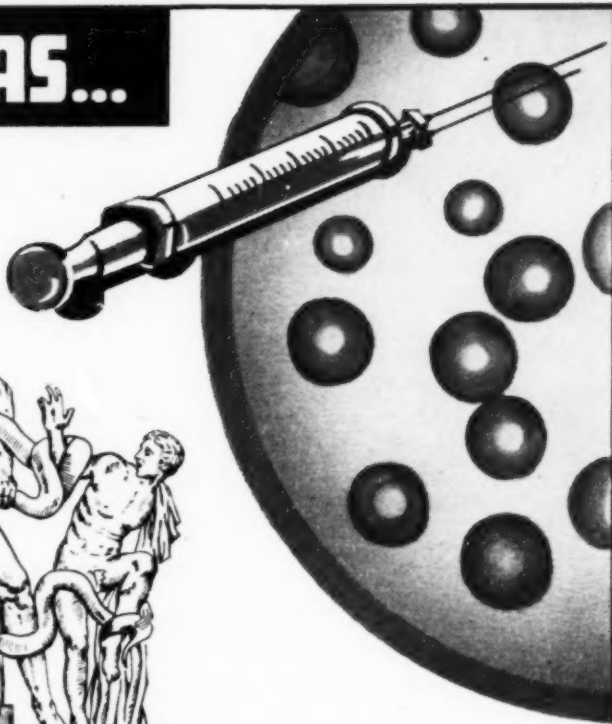
Literatura exclusiva para Médicos

Reg. No. 31520 S.S.A.

Prop. No. A-2



ANEMIAS...



HEPA-BESVITAL

HEPA-BESVITAL "5"

Cada cm^3 contiene 5 U. A. A. de Extracto de Hígado, 25 mg. de Tiamina, 1 mg. de Riboflavina, 2 mg. de Piridoxina y 25 mg. de Nicotinamida en frasco amp. de 10 cm^3 (para aplicación intramuscular)

REG. NUM. 28295 S. S. A.

HEPA-BESVITAL "10"

Cada cm^3 contiene 10 U. A. A. de Extracto de Hígado, 50 mg. de Tiamina, 2 mg. de Riboflavina, 4 mg. de Piridoxina y 50 mg. de Nicotinamida en frascos amp. de 5 y 10 cm^3 (para aplicación intramuscular).

REG. NUM. 28295 S. S. A.

LITERATURA EXCLUSIVA PARA MEDICOS

Prop. A-1

Laboratorios **SILANES, S.A.**

AV. AMORES 1304 MEXICO, D.F.

HEMOSTATIQUE-ERCE

Ampolletas.

Fórmula:

Extracto etéreo lipoidico cerebral de bovinos al 1/3 2 cm.³
Extracto acuoso proteico cerebral de bovinos al 1/10 3 cm.³
Para una ampollita de 5 cm.³

Fórmula:

Extracto etéreo lipoidico cerebral de bovinos al 1/3..... 4 cm.³
Extracto acuoso proteico cerebral de bovinos al 1/10.... 6 cm.³
Para una ampollita de 10 cm.³

PRESENTACION: En cajas de 6 ampolletas de 5 cm.³

En cajas de 6 ampolletas de 10 cm.³

PROPIEDADES TERAPEUTICAS: Hemostático.

INDICACIONES: En todas las hemorragias cualesquiera que ellas sean, por su acción potente, rápida y durable, sobre los tiempos de sangrado y coagulación que los acerca a la normal.

DOSIS: Como tópico ad libitum; al interior una a dos ampolletas de 5 ó 10 cm.³

VIA DE ADMINISTRACION: Ingerible o tópico. Nunca inyectable.

Agítese fuertemente antes de usarlo.

Reg. No. 30655 S. S. A.

Representantes:

Lucerna No. 7.

A. RUEFF y CIA.

MEXICO, D. F.

C U R I O S A N

SOLUCION.

Fórmula:

Sal Sódica de Hidroximercuridibromo-fluoresceína 2.00 g.
Aqua destilada c. h. p. 100 cm.³.

PRESENTACION: En frascos de 50 y 160 cm.³.

PROPIEDADES TERAPEUTICAS: Antiséptico.

INDICACIONES: Antiséptico de uso externo. Puede usarse en toque sobre el cuello uterino, así como instilaciones intra-cervicales. El número de toques o instilaciones, se podrá hacer dos veces por semana, pudiendo llegar-se a un total de 19 ó 20 aplicaciones, según criterio médico.

DOSIS: Para toque se empleará sin diluir, para instilaciones, al principio poner solución al 1%, es decir, una parte de Curiosan y otra de agua hervida. La instilación debe ser hecha solamente por el Médico y no debe ser mayor de 1 cm.³.

VIA DE ADMINISTRACION: Uso externo.

Reg. No. 3162 S. S. A. Prop. No. Ff-3.

A. RUEFF & CIA.

LUCERNA 7.

MEXICO, D. F.

VIACILINA

PENICILINA PROCAINA "G" PARA INYECCION ACUOSA

Cada frasco de VIACILINA contiene suficiente cantidad de Procaína Penicilina "G" en polvo para la administración de 5 dosis de 1 c.c. de 300,000 U. cada dosis.

VIACILINA *presenta las siguientes ventajas:*

Sin aceite — evita la formación de nódulos y las reacciones de sensibilidad al aceite.

Sin cera — evita el dolor en el lugar de la inyección y el peligro de lesionar los tejidos.

Estabilidad — la VIACILINA se suministra en forma seca. Cuando se agregan 5 c.c. del diluyente al frasco de VIACILINA la suspensión que resulta contiene 300,000 U. por c.c. y conserva su potencia sin necesidad de ser refrigerada por un periodo de 7 días.

Efectividad terapéutica — una inyección de 1 c.c. de VIACILINA (300,000 U.) mantiene niveles terapéuticos efectivos en la sangre por 24 horas en la mayoría de los casos.

Reg. No. 32945 S. S. A. Prop. No. Ff. 18

Wyeth-Stillé, S. A.

*Laboratorios de Productos Farmacéuticos,
Nutritivos y Biológicos.*

TELEFONOS: 18-17-91 y 35-69-48.

VERSALLES 80.

MEXICO, D. F.

HEMOSTATIQUE-ERCE

Ampolletas.

Fórmula:

Extracto etéreo lipoidico cerebral de bovinos al 1/3 2 cm.³
Extracto acuoso proteico cerebral de bovinos al 1/10 3 cm.³
Para una ampollita de 5 cm.³

Fórmula:

Extracto etéreo lipoidico cerebral de bovinos al 1/3..... 4 cm.³
Extracto acuoso proteico cerebral de bovinos al 1/10.... 6 cm.³
Para una ampollita de 10 cm.³

PRESENTACION: En cajas de 6 ampolletas de 5 cm.³

En cajas de 6 ampolletas de 10 cm.³

PROPIEDADES TERAPEUTICAS: Hemostático.

INDICACIONES: En todas las hemorragias cualesquiera que ellas sean, por su acción potente, rápida y durable, sobre los tiempos de sangrado y coagulación que los acerca a la normal.

DOSIS: Como tópico ad libitum; al interior una a dos ampolletas de 5 ó 10 cm.³

VIA DE ADMINISTRACION: Ingerible o tópico. Nunca inyectable.

Agítese fuertemente antes de usarlo.

Reg. No. 30655 S. S. A.

Representantes:

Lucerna No. 7.

A. RUEFF y CIA.

MEXICO, D. F.

CURIOSAN

SOLUCION.

Fórmula:

Sal Sódica de Hidroximercuridibromo-fluoresceína 2.00 g.
Aqua destilada c. h. p. 100 cm.³.

PRESENTACION: En frascos de 50 y 160 cm.³.

PROPIEDADES TERAPEUTICAS: Antiséptico.

INDICACIONES: Antiséptico de uso externo. Puede usarse en toque sobre el cuello uterino, así como instilaciones intra-cervicales. El número de toques o instilaciones, se podrá hacer dos veces por semana, pudiendo llegar-se a un total de 19 ó 20 aplicaciones, según criterio médico.

DOSIS: Para toque se empleará sin diluir, para instilaciones, al principio poner solución al 1%, es decir, una parte de Curiosan y otra de agua hervida. La instilación debe ser hecha solamente por el Médico y no debe ser mayor de 1 cm.³.

VIA DE ADMINISTRACION: Uso externo.

Reg. No. 3162 S. S. A. Prop. No. Ff-3.

A. RUEFF & CIA.

LUCERNA 7.

MEXICO, D. F.

VIACILINA

PENICILINA PROCAINA "G" PARA INYECCION ACUOSA

Cada frasco de VIACILINA contiene suficiente cantidad de Procaína Penicilina "G" en polvo para la administración de 5 dosis de 1 c.c. de 300,000 U. cada dosis.

VIACILINA *presenta las siguientes ventajas:*

Sin aceite — evita la formación de nódulos y las reacciones de sensibilidad al aceite.

Sin cera — evita el dolor en el lugar de la inyección y el peligro de lesionar los tejidos.

Estabilidad — la VIACILINA se suministra en forma seca. Cuando se agregan 5 c.c. del diluyente al frasco de VIACILINA la suspensión que resulta contiene 300,000 U. por c.c. y conserva su potencia sin necesidad de ser refrigerada por un periodo de 7 días.

Efectividad terapéutica — una inyección de 1 c.c. de VIACILINA (300,000 U.) mantiene niveles terapéuticos efectivos en la sangre por 24 horas en la mayoría de los casos.

Reg. No. 32945 S. S. A. Prop. No. Ff. 18

Wyeth-Stillé, S. A.

*Laboratorios de Productos Farmacéuticos,
Nutritivos y Biológicos.*

TELEFONOS: 18-17-91 y 35-69-48.

VERSALLES 80.

MEXICO, D. F.

CALCIUM-SANDOZ

GRANULADO

TABLETAS EFERVESCENTES.

COMPRIMIDOS DE CHOCOLATE.

Ampolletas de 2, 5 y 10 cm.³ al 10 %
y de 5 y 10 cm.³ al 20 %.

Reg. Núms. 9823, 9940, 7628 y 7627 S. S. A.

Sandoz, S.A. Basilea (Suiza)



REPRESENTANTES:

SANDOZ DE MEXICO, S. A.

LISBOA 45.

MEXICO, D. F.

.....**VINCE**

permite lograr una perfecta

Asepsia Bucal

por su antiséptico oxigenante, y resulta además,
especialmente útil en el tratamiento de las esto-
matitis ligeras y otras afecciones similares.

REG 981655 A.
PROP. 17-43

VEGANIN

• preparado a base de fosfato de co-
deína, fenacetina y ácido acetilsalicí-
• lico, es un valioso auxiliar como an-
• tipirético, antirreumático y sedante
• nervioso, así como para aliviar rápi-
• damente los

Dolores

REG 886255 A.
PROP. 17-43

.....
CIA. MEDICINAL "LA CAMPANA"
S. A.

APARTADO 424

MEXICO, D. F.

CALCIUM-SANDOZ

GRANULADO

TABLETAS EFERVESCENTES.

COMPRIMIDOS DE CHOCOLATE.

Ampolletas de 2, 5 y 10 cm.³ al 10 %
y de 5 y 10 cm.³ al 20 %.

Reg. Núms. 9823, 9940, 7628 y 7627 S. S. A.

Sandoz, S.A. Basilea (Suiza)



REPRESENTANTES:

SANDOZ DE MEXICO, S. A.

LISBOA 45.

MEXICO, D. F.

.....**VINCE**

permite lograr una perfecta

Asepcia Bucal

por su antiséptico oxigenante, y resulta además,
especialmente útil en el tratamiento de las esto-
matitis ligeras y otras afecciones similares.

REG 981655 A.
PROP 17-43

VEGANIN

• preparado a base de fosfato de co-
• deína, fenacetina y ácido acetilsalicí-
• lico, es un valioso auxiliar como an-
• tipirético, antirreumático y sedante
• nervioso, así como para aliviar rápi-
• damente los

Dolores

REG 886255 A.
PROP 17-43

.....
CIA. MEDICINAL "LA CAMPANA"
S. A.

APARTADO 424

MEXICO, D. F.

PRONTOSIL (Rubrum)

La conquista definitiva en la lucha contra las

ESTREPTOCOCIAS

El Quimioterápico moderno contra

ERISPELA

ANGINA SEPTICA

SEPSIS A CAUSA DE OTITIS MEDIA

Y demás enfermedades provocadas por estreptococos

PRONTOSIL RUBRUM

En Tubos con 20 tabletas de 0.5 gr.



Reg. No. 17738 D. S. P.

Casa Bayer, S.A.

México, D. F.

Apartado 45 bis.

ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA

CUERPO DIRECTIVO
1948 - 1948.

Presidente:
DR. JOSE AGUILAR
ALVAREZ.

Vice-Presidente:
DR. JOAQUIN CORREA.

Secretario Perpetuo:
DR. JOSE TORRES TORIJA.

Director Permanente de
Publicaciones:
DR. FRANCISCO FONSECA.

Secretario Bisanual:
DR. RAUL PEÑA TREVIÑO.

Tesorero:
DR. LUIS BENITEZ SOTO.

VOCALES:

1er. Vocal.
Dr. Fernando Valdés Villarreal.

2o. Vocal.
Dr. Rodolfo González Hurtado.

3er. Vocal.
Dr. Fernando Meléndez.

4o. Vocal.
Dr. Eduardo Castro.

5o. Vocal.
Dr. Carlos Colín.

RUTHIORYL

(Injectable)

★ ★ ★

ANTIALERGICO

Fórmula:

Rutina 0.030 g.

Ticsulfato de sodio 1.00 g.

Agua destilada c.

b. p. 5 cm³.

Vía de administración:

INTRAVENOSA.

Reg. No. 33044 S. S. A.

**Laboratorios J. C. Thomé,
S. A.**

MORAS NUM. 360.

Nva. Col. del Valle.

MEXICO, D. F.

PRONTOSIL (Rubrum)

La conquista definitiva en la lucha contra las

ESTREPTOCOCIAS

El Quimioterápico moderno contra

ERISPELA

ANGINA SEPTICA

SEPSIS A CAUSA DE OTITIS MEDIA

Y demás enfermedades provocadas por estreptococos

PRONTOSIL RUBRUM

En Tubos con 20 tabletas de 0.5 gr.



Reg. No. 17738 D. S. P.

Casa Bayer, S.A.

México, D. F.

Apartado 45 bis.

ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA

CUERPO DIRECTIVO
1948 - 1948.

Presidente:
DR. JOSE AGUILAR
ALVAREZ.

Vice-Presidente:
DR. JOAQUIN CORREA.

Secretario Perpetuo:
DR. JOSE TORRES TORIJA.

Director Permanente de
Publicaciones:
DR. FRANCISCO FONSECA.

Secretario Bisanual:
DR. RAUL PEÑA TREVIÑO.

Tesorero:
DR. LUIS BENITEZ SOTO.

VOCALES:

1er. Vocal.
Dr. Fernando Valdés Villarreal.

2o. Vocal.
Dr. Rodolfo González Hurtado.

3er. Vocal.
Dr. Fernando Meléndez.

4o. Vocal.
Dr. Eduardo Castro.

5o. Vocal.
Dr. Carlos Colín.

RUTHIORYL

(Injectable)

★ ★ ★

ANTIALERGICO

Fórmula:

Rutina 0.030 g.

Ticsulfato de sodio 1.00 g.

Agua destilada c.

b. p. 5 cm³.

Vía de administración:

INTRAVENOSA.

Reg. No. 33044 S. S. A.

**Laboratorios J. C. Thomé,
S. A.**

MORAS NUM. 360.

Nva. Col. del Valle.

MEXICO, D. F.

SELECTIVIDAD ANTI-INFECCIOSA

FONTAMIDE

(p-amino-benzen-sulfonil-tiurea) 2255 R. P.

ANTIBACTERIANO Y ANTIMICOSICA BIEN TOLERADO
POR EL ORGANISMO

Acción electiva contra:

LUPUS - AFECCIONES MICOSICAS - NEUMOCOCCIAS
ESTAFILOCOCCIAS CUTANEAS - ESTREPTOCOCCICAS
COLIBACILOSIS

Comprimidos de 0.50 g. (tubos de 20)

Dosis inicial: 5 a 10 g. diarios. Por vía parenteral y tópica.

SOLUFONTAMIDE: Ampolletas de 3 y 10 cm.³

(Solución al 33%)

En Oftalmología y Otorrinolaringología.

SOLUFONTAMIDE: Ampolletas-gotero.

Reg. Núms. 30431, 30432, 32327. S. S. A. Prop. No. Ff-24

ES UN PRODUCTO DE LOS LABORATORIOS SPECIA - RHONE - POULENC

Establecimientos Mexicanos Colliere, S. A.

Plaza de la República 43.

México, D. F.

RESFRIADOS



VACUNAS

E. Behring
E. v. BEHRING



OMNADINA

BACTERINA PFEIFFER MIXTA CON OMNADINA
VACUNA BRONCONEUMONICA CON OMNADINA PARA NIÑOS
VACUNA BRONCONEUMONICA CON OMNADINA PARA ADULTOS
VACUNA MIXTA CATARRAL CON OMNADINA
VACUNA MIXTA ANTICATARRAL CURATIVA
BUCO-CATARRAL

REGS NUMS. 6763, 23983, 20948, 21310, 21321, 12236, Y 22670, S S A

Casa Bayer, S.A.

SAN JUAN DE LETRAN 24 • APARTADO 45 BIS • MEXICO, D. F.

Prop. Núm. Ff-57

Ledinac

AMINOACIDOS PARA LA TERAPIA ORAL

El LEDINAC, proteína hepática hidrolizada de *Lederle*, es una combinación de aminoácidos y péptidos, en forma agradable al paladar, y derivados de la proteína hepática por un simple proceso digestivo enzimático que retiene las sustancias nutritivas encontradas en el hígado. *Ventajas del LEDINAC*—

1. Los aminoácidos contenidos en el LEDINAC se derivan exclusivamente del *hígado mamífero*—la fuente corporal más rica en sustancias nutritivas.
2. El LEDINAC contiene, en una dosis diaria, todos los requisitos diarios mínimos de las vitaminas del Complejo B—incluyendo el *ácido fólico FOLVITE**, factor anti-anémico.
3. El LEDINAC es de *sabor agradable*, y sumamente *soluble*. Puede ser mezclado con una gran variedad de alimentos líquidos y sólidos.
4. El LEDINAC no causa estreñimiento.

FORMULA:

Proteína Hepática Digerida	54,0%
Maltosa	38,5%
Condimentos (inclusive chocolate y sacarina)	7,5%

PROPORCIONANDO:

Carbohidrato	32,5%
Grasa	3,5%
Proteína	50,0%

Nitrógeno del grupo amido libre	1,0%
incluyendo los aminoácidos Arginina, Histidina, Lisina, Triptófano, Fenilalanina, Metionina, Treonina, Leucina, Isoleucina, Valina y Cistina.	

CADA 30 GM. CONTIENEN:

Clorhidrato de Tiamina (B ₁)	1,00 mg.
Riboflavina (B ₂)	2,00 mg.
Niacinamida	6,60 mg.

Acido Pantoténico	2,30 mg.
Clorhidrato de Piridoxina (B ₆)	0,24 mg.
Biotina	2,70 gamma
Inositol	23,00 mg.
Colina	120,00 mg.
Acido Fólico FOLVITE	1,50 mg.
Calcio	106,00 mg.
Fósforo	297,00 mg.
Hierro	4,80 mg.
Calorías	103,8

ENVASADO EN FRASCOS DE 228 GM.

*Marca Registrada

LEDERLE LABORATORIES DIVISION
AMERICAN CYANAMID COMPANY • 30 ROCKEFELLER PLAZA • NEW YORK 20, N. Y.

Laboratorios Lederle, S. A.

FRAY SERVANDO TERESA DE MIER No. 120.

MEXICO, D. F.

S U M A R I O:

CIRUGIA RECONSTRUCTIVA DE LA CADERA.—Por el Académico Dr. Conrado Zuckermann	53
UN CASO DE TRASTORNO ASFICTICO DEL MIEMBRO SUPERIOR POR ANOMALIA CONGENITA DE LA PRIMERA COSTILLA.—Por el Académico Dr. Mario Vergara Soto	80
DISCURSO E INFORME DE LA SESION SOLEMNE DE CLAUSURA DEL AÑO ACADEMICO DE 1948.—Por los Académicos Dr. Joaquín Correa y Dr. José Torres Torija	102

Director.

DR. FRANCISCO FONSECA

Gerente:

M. LEON DIAZ

Jefe de Redacción:

DR. RODOLFO GONZALEZ HURTADO

CIRUGIA Y CIRUJANOS

PUBLICACION MENSUAL.

Organo Oficial de la Academia Mexicana de Cirugía.

Fundado en Junio de 1933.

Registrado como Art. de 2a. clase en la Admón. de Correos el 6 de abril de 1936.

Apartado Postal número 7994, Facultad de Medicina,
esquina Brasil y Venezuela, México, D. F.

Precios:

	Ejemplar.	Abono anual.	Núms. atrasados.
En México.	\$ 4.00	\$ 20.00	\$ 5.00
En el extranjero	Equivalente en Dls.		
Para estudiantes mitad de precio.			

SE SOLICITA CANJE.
ON DEMANDE L'ECHANGE.

EXCHANGE REQUESTED.
BITTE AUSTAUSCHEN.

Los trabajos publicados en esta Revista son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Ledinac

AMINOACIDOS PARA LA TERAPIA ORAL

El LEDINAC, proteína hepática hidrolizada de *Lederle*, es una combinación de aminoácidos y péptidos, en forma agradable al paladar, y derivados de la proteína hepática por un simple proceso digestivo enzimático que retiene las sustancias nutritivas encontradas en el hígado. *Ventajas del LEDINAC*—

1. Los aminoácidos contenidos en el LEDINAC se derivan exclusivamente del *hígado mamífero*—la fuente corporal más rica en sustancias nutritivas.
2. El LEDINAC contiene, en una dosis diaria, todos los requisitos diarios mínimos de las vitaminas del Complejo B—incluyendo el *ácido fólico FOLVITE**, factor anti-anémico.
3. El LEDINAC es de *sabor agradable*, y sumamente *soluble*. Puede ser mezclado con una gran variedad de alimentos líquidos y sólidos.
4. El LEDINAC no causa estreñimiento.

FORMULA:

Proteína Hepática Digerida	54,0%
Maltosa	38,5%
Condimentos (inclusive chocolate y sacarina)	7,5%

Nitrógeno del grupo amido libre	1,0%
incluyendo los aminoácidos Arginina, Histidina, Lisina, Triptófano, Fenilalanina, Metionina, Treonina, Leucina, Isoleucina, Valina y Cistina.	

Acido Pantoténico	2,30 mg.
Clorhidrato de Piridoxina (B6)	0,24 mg.
Biotina	2,70 gamma
Inositol	23,00 mg.
Colina	120,00 mg.
Acido Fólico FOLVITE	1,50 mg.
Calcio	106,00 mg.
Fósforo	297,00 mg.
Hierro	4,80 mg.
Calorías	103,8

PROPORCIONANDO:

Carbohidrato	32,5%
Grasa	3,5%
Proteína	50,0%

CADA 30 GM. CONTIENEN:

Clorhidrato de Tiamina (B1)	1,00 mg.
Riboflavina (B2)	2,00 mg.
Niacinamida	6,60 mg.

ENVASADO EN FRASCOS DE 228 GM.

*Marca Registrada

LEDERLE LABORATORIES DIVISION
AMERICAN CYANAMID COMPANY • 30 ROCKEFELLER PLAZA • NEW YORK 20, N. Y.

Laboratorios Lederle, S. A.

FRAY SERVANDO TERESA DE MIER No. 120.

MEXICO, D. F.

S U M A R I O:

CIRUGIA RECONSTRUCTIVA DE LA CADERA.—Por el Académico Dr. Conrado Zuckermann	53
UN CASO DE TRASTORNO ASFICTICO DEL MIEMBRO SUPERIOR POR ANOMALIA CONGENITA DE LA PRIMERA COSTILLA.—Por el Académico Dr. Mario Vergara Soto	80
DISCURSO E INFORME DE LA SESION SOLEMNE DE CLAUSURA DEL AÑO ACADEMICO DE 1948.—Por los Académicos Dr. Joaquín Correa y Dr. José Torres Torija	102

Director.

DR. FRANCISCO FONSECA

Gerente:

M. LEON DIAZ

Jefe de Redacción:

DR. RODOLFO GONZALEZ HURTADO

CIRUGIA Y CIRUJANOS

PUBLICACION MENSUAL.

Organo Oficial de la Academia Mexicana de Cirugía.

Fundado en Junio de 1933.

Registrado como Art. de 2a. clase en la Admón. de Correos el 6 de abril de 1936.

Apartado Postal número 7994, Facultad de Medicina,
esquina Brasil y Venezuela, México, D. F.

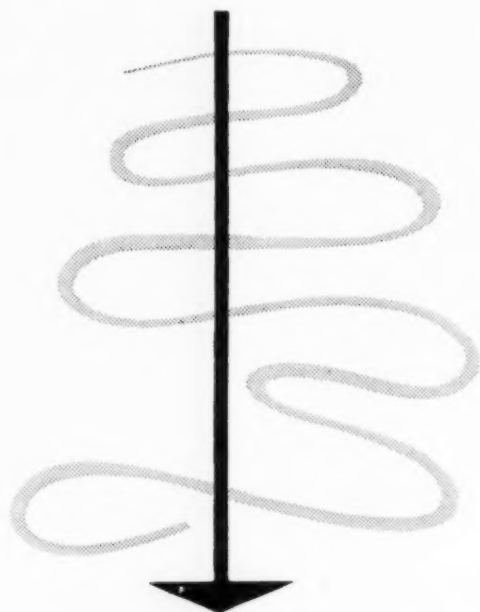
Precios:

	Ejemplar.	Abono anual.	Núms. atrasados.
En México.	\$ 4.00	\$ 20.00	\$ 5.00
En el extranjero	Equivalente en Dls.		
Para estudiantes mitad de precio.			

SE SOLICITA CANJE.
ON DEMANDE L'ECHANGE.

EXCHANGE REQUESTED.
BITTE AUSTAUSCHEN.

Los trabajos publicados en esta Revista son de exclusiva responsabilidad de su autor.



vía directa

Cuando el tratamiento bucal de los niños o adultos con complejo de vitamina B parece no ser lo suficientemente eficaz, los médicos recomiendan inyectar 'Betalin Complejo' (Complejo de Vitamina B, Lilly) intravenosa o intramuscularmente, en dosis de 1 a 4 cm³ al día. La administración parenteral, o sea la *vía directa*, es garantía de una utilización completa, pues se elimina la dificultad de la absorción defectuosa y se proporcionan inmediatamente altas dosis del complejo vitamínico B.

Cada cm³ de 'Betalin Complejo' contiene:

Clorhidrato de Tiamina	5 mg
Riboflavina	2 mg
Nicotinamida	75 mg
Ácido Pantoténico (como Pantotenato de Calcio)	2.5 mg
Clorhidrato de Piridoxina	5 mg

Reg. No. 27258 S.S.A.

ELI LILLY PAN-AMERICAN CORPORATION
INDIANAPOLIS 6, INDIANA, E.U.A.

Prop. No. H-2.



Cirugía y Cirujanos

Órgano Oficial de la Academia Mexicana de Cirugía.

AÑO XVII

Febrero de 1949

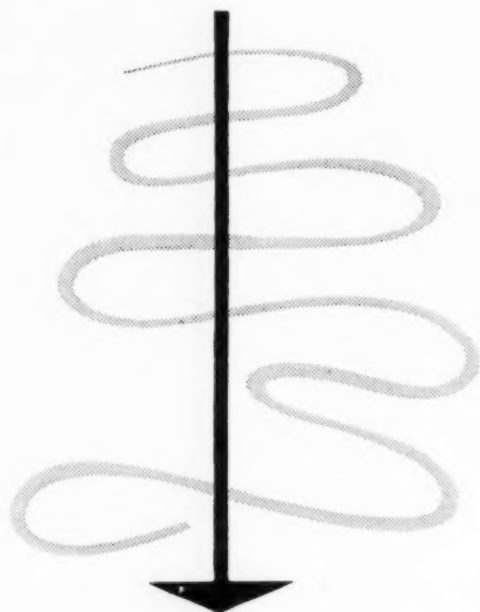
Número 2

Cirugía Reconstructiva de la Cadera

Por el Académico Dr. Conrado ZUCKERMANN.

SUMARIO

- I.—Algunos datos históricos.
- II.—Diferentes técnicas y variadas tácticas.
- III.—Vascularización de la cabeza femoral.
- IV.—Alteraciones cefálicas y cotiloideas
- V.—Indicaciones.
- VI.—Tiempos operatorios fundamentales.
- VII.—Técnica operatoria.
- VIII.—Observaciones.
- IX.—Consideraciones terminales.
- X.—Bibliografía.



vía directa

Cuando el tratamiento bucal de los niños o adultos con complejo de vitamina B parece no ser lo suficientemente eficaz, los médicos recomiendan inyectar 'Betalin Complejo' (Complejo de Vitamina B, Lilly) intravenosa o intramuscularmente, en dosis de 1 a 4 cm³ al día. La administración parenteral, o sea la *vía directa*, es garantía de una utilización completa, pues se elimina la dificultad de la absorción defectuosa y se proporcionan inmediatamente altas dosis del complejo vitamínico B.

Cada cm³ de 'Betalin Complejo' contiene:

Clorhidrato de Tiamina	5 mg
Riboflavina	2 mg
Nicotinamida	75 mg
Ácido Pantoténico (como Pantotenato de Calcio)	2.5 mg
Clorhidrato de Piridoxina	5 mg

Reg. No. 27258 S.S.A.

ELI LILLY PAN-AMERICAN CORPORATION
INDIANAPOLIS 6, INDIANA, E.U.A.

Prop. No. H-2.



Cirugía y Cirujanos

Órgano Oficial de la Academia Mexicana de Cirugía.

AÑO XVII

Febrero de 1949

Número 2

Cirugía Reconstructiva de la Cadera

Por el Académico Dr. Conrado ZUCKERMANN.

SUMARIO

- I.—Algunos datos históricos.
- II.—Diferentes técnicas y variadas tácticas.
- III.—Vascularización de la cabeza femoral.
- IV.—Alteraciones cefálicas y cotiloideas
- V.—Indicaciones.
- VI.—Tiempos operatorios fundamentales.
- VII.—Técnica operatoria.
- VIII.—Observaciones.
- IX.—Consideraciones terminales.
- X.—Bibliografía.

I

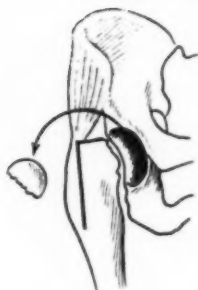
ALGUNOS DATOS HISTORICOS

- 1.—Otto ZUCKERKANDL en su Manual de Cirugía Operatoria (traducción francesa del año de 1900) cita la operación de HOFFA-LORENZ para tratar la luxación congenita de la cadera, agrandando y sobre todo haciendo más honda la cavidad cotiloidea y colocando en ella la cabeza femoral, manteniendo el miembro en abducción y rotación interna.
- 2.—En 1908 LEXER ideó completar la ya conocida resección de cadera por modelaje cervical y reposición en el cotilo con interposición grasosa; además colocaba el gran trocanter en la más baja posición posible.
- 3.—En 1909 STEVENSON BAER publicó ocho casos de artroplastia de cadera usando membrana orgánica interpuesta en cinco casos
- 4.—Royal WHITMAN en 1921 publicó a técnica que lleva su nombre.
- 5.—LAMBOTTE en 1924 presentó al Congreso Francés de Cirugía un enfermo de pseudoartrosis del cuello femoral tratado por resección de la cabeza.
- 6.—La cirugía reparadora de la cadera fué tema oficial del Octavo Congreso de la Sociedad Internacional de Cirugía celebrado en Varsovia en Julio de 1929. El tema fué tratado por ASHHURST, HYBBINETTE, MATHIEU y PUTTI.
- 7.—En México conocemos lo publicado por nosotros en 1937 y por Carlos FINCK en 1942.
- 8.—Actualmente son numerosos los trabajos existentes. Véase Bibliografía.

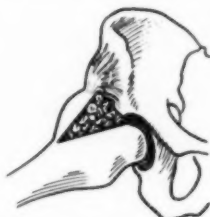
Es de señalarse que en Alemania se conoce la operación reconstructiva de la cadera, con el nombre de operación modelante de HILDEBRANDT.

Por su magnífico contenido, por su amplia bibliografía y por estar basada en ocho observaciones, es de señalarse el libro "Operación Reconstructiva de la Cadera" de Angel ROBBIANI, de Buenos Aires: Argentina.

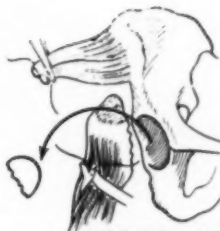
DIFERENTES TECNICAS Y VARIADAS TACTICAS



TECNICA DE ALBEE



TECNICA DE BRACKETT



TECNICA DE COLONNA



ROYAL MOORE, siguiendo la conducta preconizada por BRACKETT, WAGNER, VENABLE, STICK, BEACH y otros, utilizan la interposición femoro-estiloidea de cartilago, el mismo de la cabeza femoral extirpada.



*TECNICA DE WHITMAN
ETC.*



*INTERPOSICION DE GRASA, MUSCULO, APONEUROSIS,
MEMBRANA ORGANICA, VITALIQ, ETC.
NINGUNA INTERPOSICION.*

I

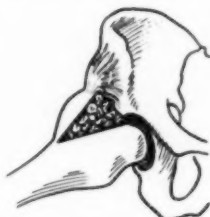
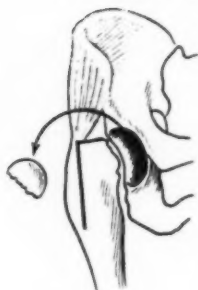
ALGUNOS DATOS HISTORICOS

- 1.—Otto ZUCKERKANDL en su Manual de Cirugía Operatoria (traducción francesa del año de 1900) cita la operación de HOFFA-LORENZ para tratar la luxación congenita de la cadera, agrandando y sobre todo haciendo más honda la cavidad cotiloidea y colocando en ella la cabeza femoral, manteniendo el miembro en abducción y rotación interna.
- 2.—En 1908 LEXER ideó completar la ya conocida resección de cadera por modelaje cervical y reposición en el cotilo con interposición grasosa; además colocaba el gran trocanter en la más baja posición posible.
- 3.—En 1909 STEVENSON BAER publicó ocho casos de artroplastia de cadera usando membrana orgánica interpuesta en cinco casos
- 4.—Royal WHITMAN en 1921 publicó a técnica que lleva su nombre.
- 5.—LAMBOTTE en 1924 presentó al Congreso Francés de Cirugía un enfermo de pseudoartrosis del cuello femoral tratado por resección de la cabeza.
- 6.—La cirugía reparadora de la cadera fué tema oficial del Octavo Congreso de la Sociedad Internacional de Cirugía celebrado en Varsovia en Julio de 1929. El tema fué tratado por ASHHURST, HYBBINETTE, MATHIEU y PUTTI.
- 7.—En México conocemos lo publicado por nosotros en 1937 y por Carlos FINCK en 1942.
- 8.—Actualmente son numerosos los trabajos existentes. Véase Bibliografía.

Es de señalarse que en Alemania se conoce la operación reconstructiva de la cadera, con el nombre de operación modelante de HILDEBRANDT.

Por su magnífico contenido, por su amplia bibliografía y por estar basada en ocho observaciones, es de señalarse el libro "Operación Reconstructiva de la Cadera" de Angel ROBBIANI, de Buenos Aires; Argentina.

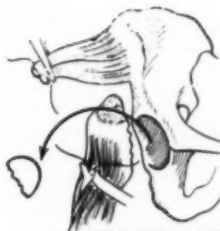
DIFERENTES TECNICAS Y VARIADAS TACTICAS



TECNICA DE ALBEE



TECNICA DE BRACKETT



TECNICA DE COLONNA



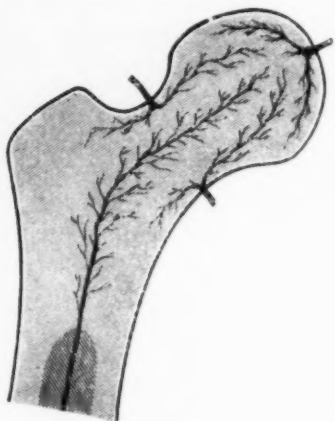
*TECNICA DE WHITMAN
ETC.*

ROYAL MOORE, siguiendo la conducta preconizada por BRACKETT, WAGNER, VENABLE, STICK, BEACH y otros, utilizan la interposición femoro-cóndiloidea de cartílago, el mismo de la cabeza femoral extirpada.

*INTERPOSICION DE GRASA, MUSCULO, APONEUROSIS,
MEMBRANA ORGANICA, VITALIQ, ETC.
NINGUNA INTERPOSICION.*

III

VASCULARIZACION DEL CUELLO Y CABEZA FEMORAL



ARTERIA DEL LIGAMENTO REDONDO, rama de la obturatriz.

Nace de la rama externa, una de las dos terminales de la obturatriz.

ARTERIAS CERVICALES, ramas de las circunflejas que nacen de la femoral profunda.

ARTERIAS DIFISIARIAS, prolongaciones superiores de la nutricia superior, rama de las circunflejas o de la perforante superior, que vienen de la femoral profunda.

Mientras más cerca de la cabeza se produzca el trazo de fractura mayor es el peligro de no unión, pseudoartrosis y necrosis cefálica.

IV

ALTERACIONES CEFALICAS Y COTILOIDEAS

CABEZA:

- 1.—Deformaciones.
- 2.—Borramiento parcial y disminución de tamaño.
- 3.—Deslisamiento.
- 4.—Necrosis parcial o total.
- 5.—Fracturas, osteitis, neoplasias, etc.

COTILO:

Deformaciones, con disminución de la profundidad, aumento del diámetro, borramiento de la ceja cotiloidea, etc.

V

INDICACIONES

- 1.—*Fracturas* antiguas, no consolidadas y pseudoartrosis del cuello.
- 2.—*Luxaciones* rebeldes, antiguas.
- 3.—*Artropatías* deformantes y secuelas de artritis, osteitis, etc.
- 4.—Algunas *anquilosis*.

Esta operación reconstructiva de la cadera es actualmente una de las mejores y más completas intervenciones de que disponemos para esta topografía articular; pero es de señalar que habitualmente está contraindicada en personas con marcada obesidad, con acentuada insuficiencia cardíaca o renal y debe manejarse con gran cuidado, en caso de existir marcada atrofia de los músculos de la cadera.

Esta intervención quirúrgica, hecha con la técnica apropiada y con la anestesia indicada para cada caso, no dá choque, o lo hace en muy pequeña intensidad, no se efectúa en gran espacio de tiempo y es tolerada por personas de mayor edad.

VI

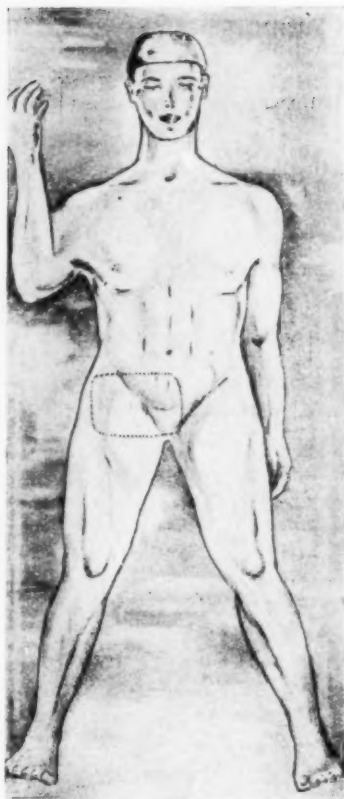
TIEMPOS OPERATORIOS FUNDAMENTALES

- 1.—Incisión y descubrimiento del gran trocánter.
- 2.—Sección y separación del gran trocánter.
- 3.—Extirpación de la cabeza y modelaje del cérvix femoral o arreglo de la cabeza.
- 4.—Revisión (arreglo a veces) del cotilo y constitución de la neoarticulación.
- 5.—Implantación baja y externa del gran trocánter con los músculos pelvi-trocantéricos.
- 6.—Cierre.

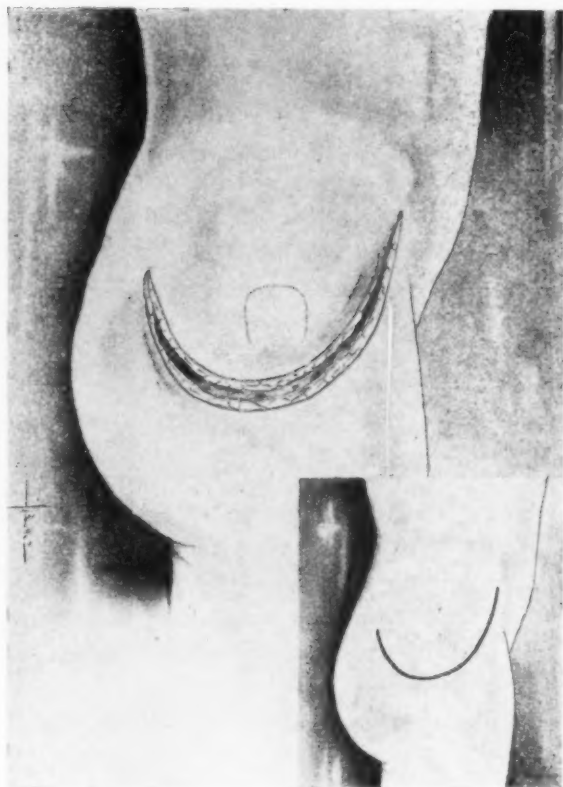
DR. CONRADO ZUCKERMANN

VII

TECNICA OPERATORIA

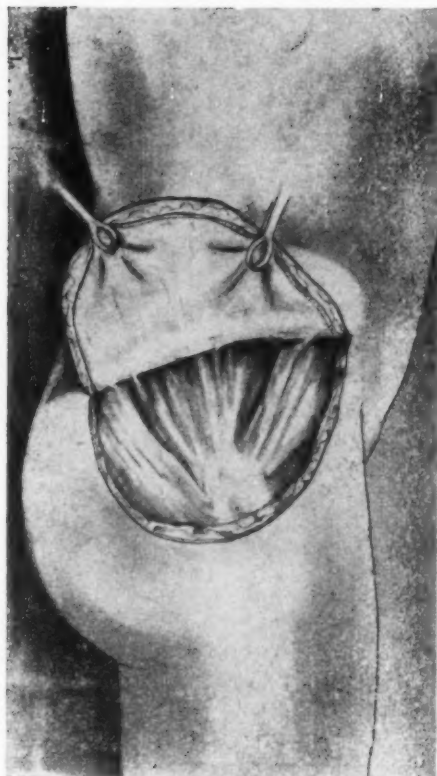


Enfermo en decúbito dorsal con la cadera del lado de la operación, ligeramente levantada por almohadilla. Miembros inferiores en abducción.



Se pueden efectuar diversos tipos de incisión: en el dibujo se señala la incisión curva de concavidad superior, rodeando el gran trocánter.

CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE LA CADERA



Se secciona la piel, el conjuntivo subcutáneo y el plano aponeurótico, se descubre el gran trocánter y los músculos pelvitrocantéranos.



Se secciona el gran trocánter en las cercanías de su base por medio de sierra de Gigli.

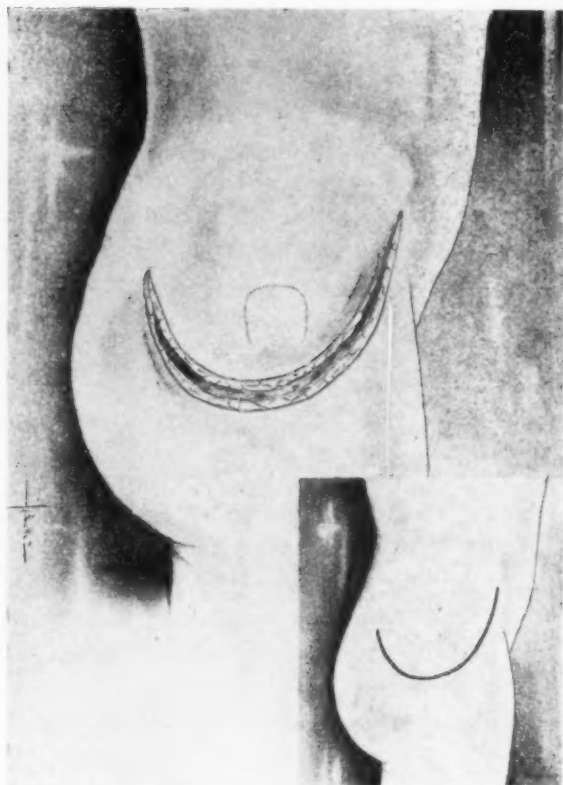
DR. CONRADO ZUCKERMANN

VII

TECNICA OPERATORIA

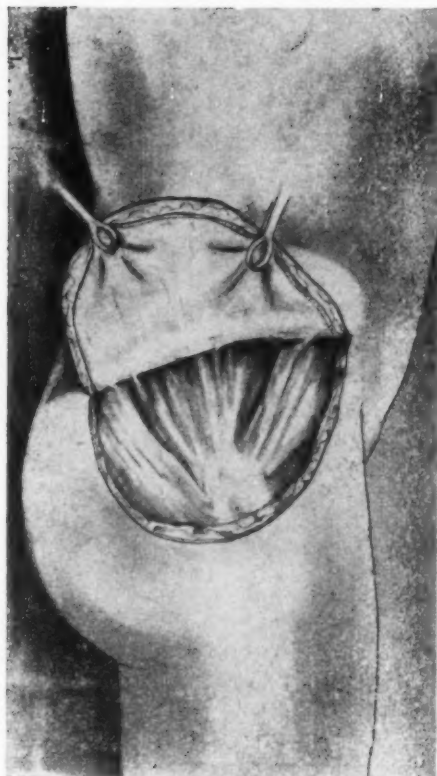


Enfermo en decúbito dorsal con la cadera del lado de la operación, ligeramente levantada por almohadilla. Miembros inferiores en abducción.



Se pueden efectuar diversos tipos de incisión: en el dibujo se señala la incisión curva de concavidad superior, rodeando el gran trocánter.

CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE LA CADERA

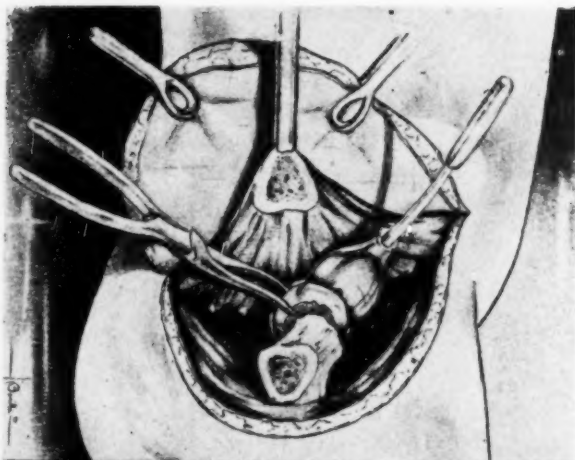


Se secciona la piel, el conjuntivo subcutáneo y el plano aponeurótico, se descubre el gran trocánter y los músculos pelvitrocantéranos.

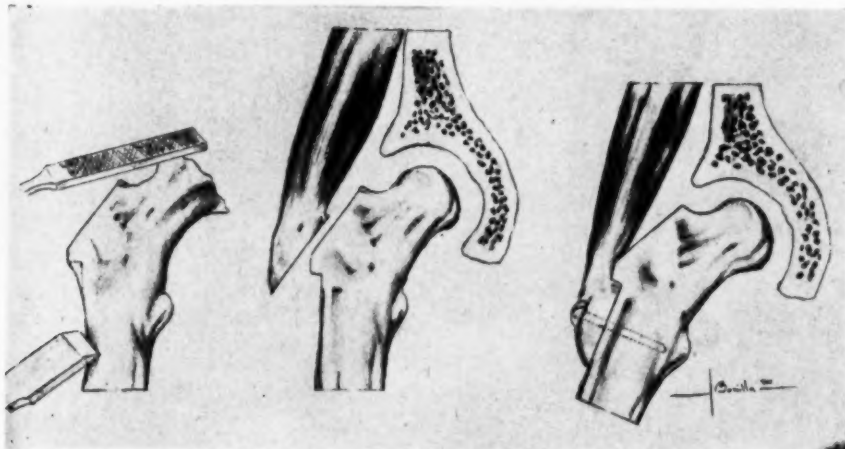
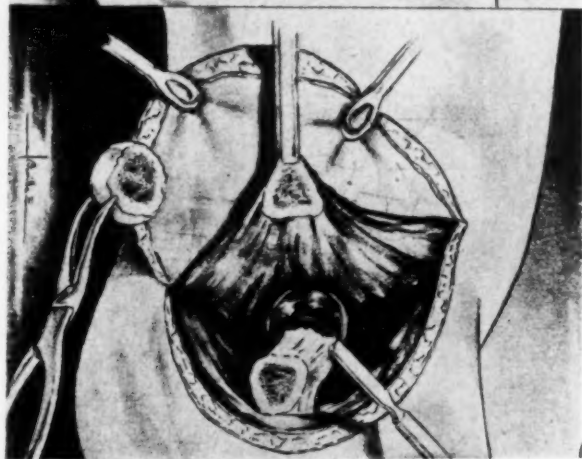


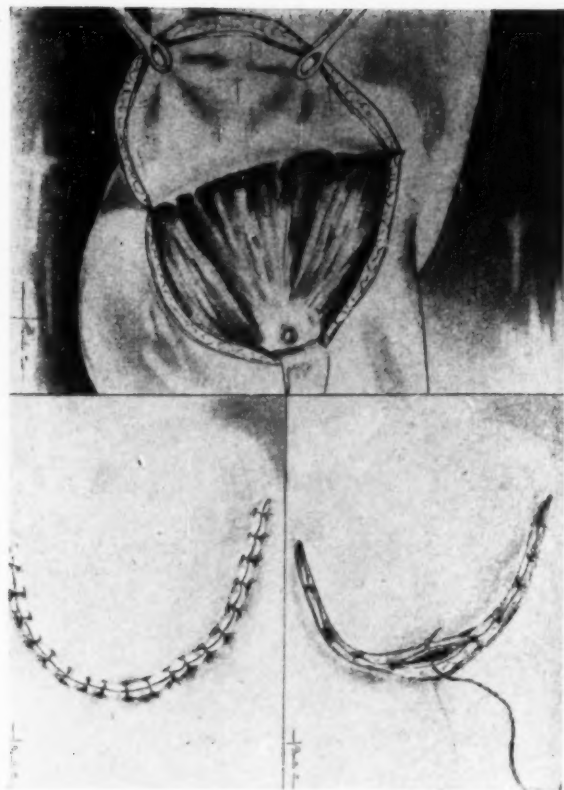
Se secciona el gran trocánter en las cercanías de su base por medio de sierra de Gigli.

Levantado el colgajo constituido por los músculos pelvitrocantarianos y el trocánter seccionado, se descubre el cuello del fémur y la articulación coxo-femoral extrayéndose la cabeza de la cavidad cotiloidea.



Se modela la cabeza femoral para adaptarla a la cavidad cotiloidea y se fija el gran trocánter abajo de un escalón hecho en la diáfisis del fémur, abajo de su sitio de implantación normal. La fijación trocánteriana se efectuó por tornillo.





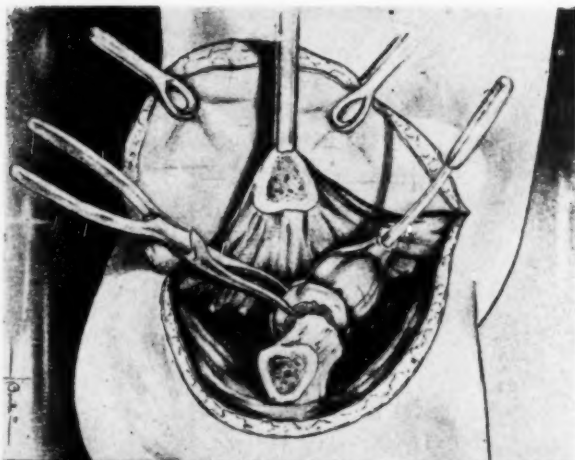
Obtenida la fijación trocánteriana, se reparan los planos profundos y superficiales



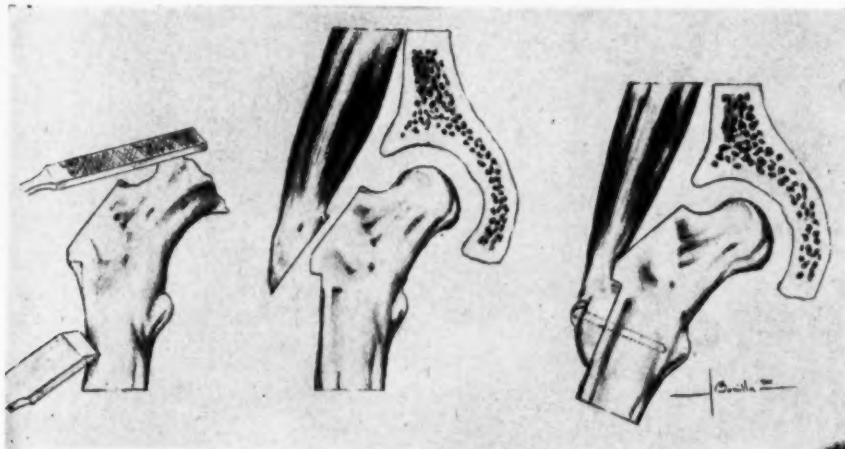
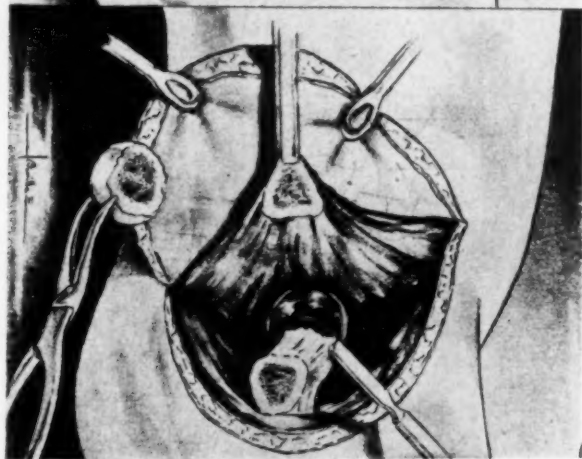
Vendaje con venda elástica y aparato enyesado

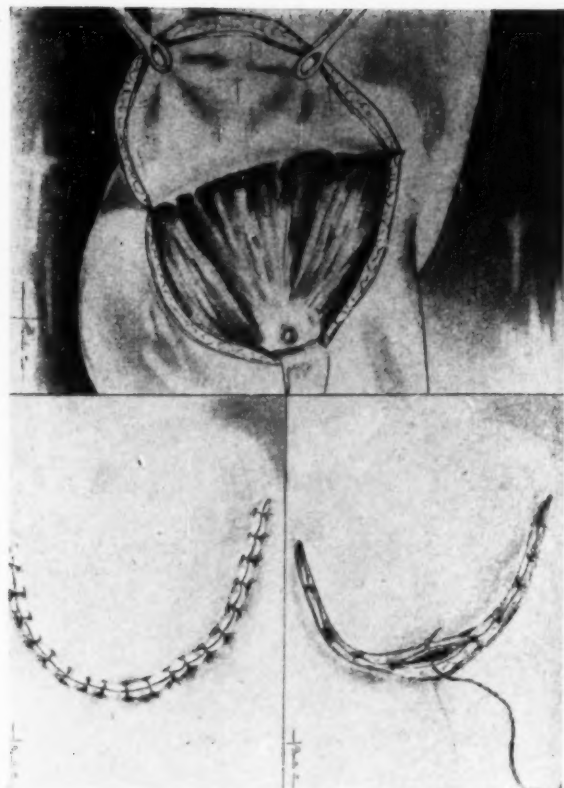
El miembro inferior del lado de la operación debe quedar en extensión, abducción y rotación interna.

Levantado el colgajo constituido por los músculos pelvitrocanterianos y el trocánter seccionado, se descubre el cuello del fémur y la articulación coxo-femoral extrayéndose la cabeza de la cavidad cotiloidea.



Se modela la cabeza femoral para adaptarla a la cavidad cotiloidea y se fija el gran trocánter abajo de un escalón hecho en la diáfisis del fémur, abajo de su sitio de implantación normal. La fijación trocánteriana se efectuó por tornillo.





Obtenida la fijación trocánteriana, se reparan los planos profundos y superficiales



Vendaje con venda elástica y aparato enyesado

El miembro inferior del lado de la operación debe quedar en extensión, abducción y rotación interna.

VIII

OBSERVACIONES

PRIMERA OBSERVACION

Fractura cervical y necrosis parcial cabeza. Mujer de 51 años de edad.

Tiempo transcurrido de la fractura a la operación: 4 meses.

Terapéuticas anteriores: aparato extensión.—Aparato extensión y abducción.—Enyesado.

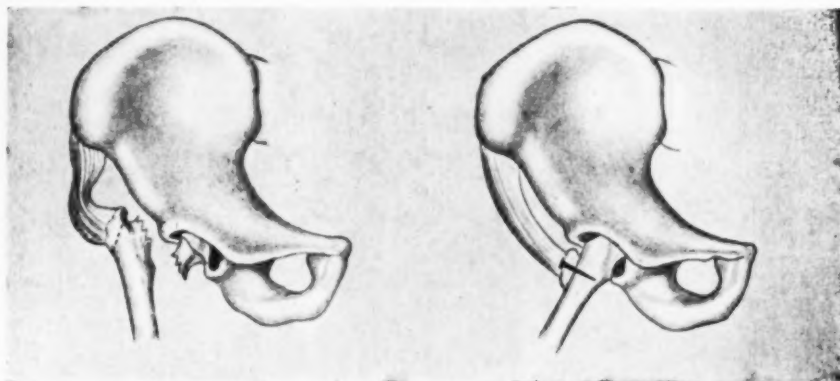
Antecedentes de fragilidad ósea y de flebitis.

Anestesia raquídea.

Duración operación: 40 minutos.

Deambulación con aparato enyesado y muletas a los 25 días.

Resultado actual, 12 años después de operada: muy bueno.



PRIMERA OBSERVACION



Decapitación del fémur izquierdo.

PRIMERA OBSERVACION



Extirpación de la cabeza femoral y reconstrucción de la articulación, implantando el trocánter en la cara externa de la diáfisis del fémur.

CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE LA CADERA

PRIMERA OBSERVACION



Nueva articulación coxo-femoral indolora y satisfactoria.

PRIMERA OBSERVACION



Extirpación de la cabeza femoral y reconstrucción de la articulación,
implantando el trocánter en la cara externa de la diáfisis del fémur.

CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE LA CADERA

PRIMERA OBSERVACION



Nueva articulación coxo-femoral indolora y satisfactoria.

SEGUNDA OBSERVACION

Luxación por alteraciones consecutivas a poliomiелitis.

Mujer de 24 años.

Tiempo transcurrido desde la luxación a la operación: 18 años.

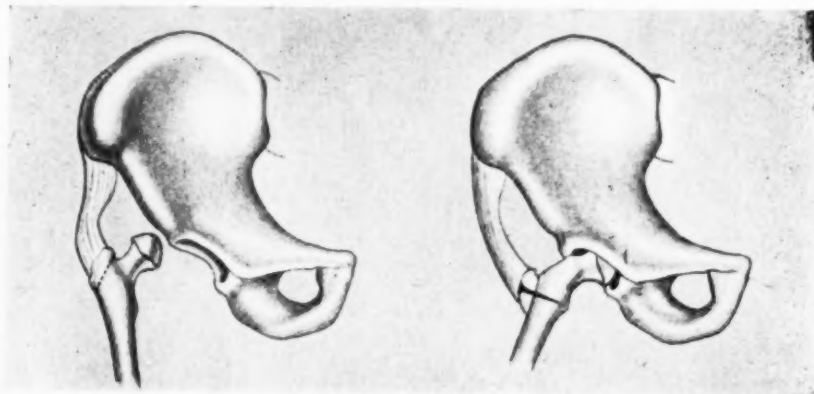
Terapéuticas anteriores: aparatos en diversas posiciones. Enyesados.
Extensión. Intervención quirúrgica.

Anestesia general por pentotal.

Duración operación: 55 minutos.

Deambulacion con aparato enyesado y muletas a los 35 dias.

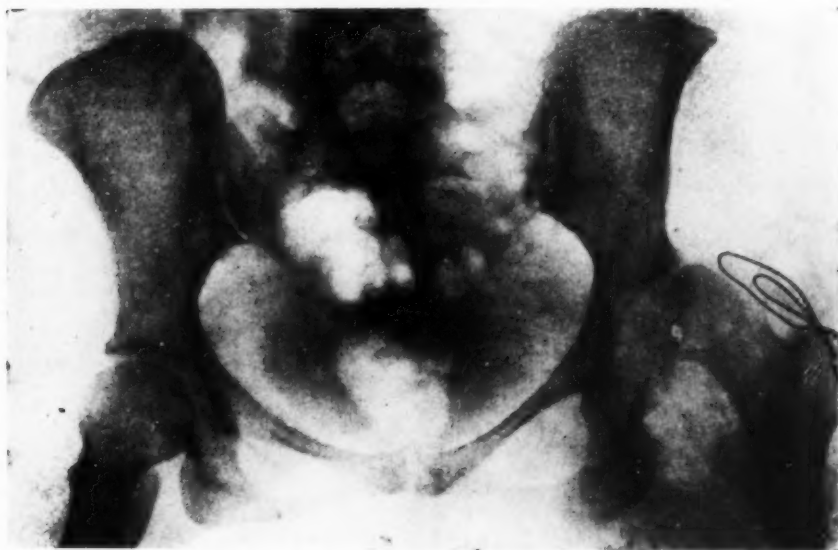
Resultado actual, 8 años después de operada: satisfactorio.



SEGUNDA OBSERVACION



Luxación coxo-femoral hacia arriba y hacia atrás con deformación femoral y cotiloidea.



La reducción sangrante y la sutura con alambre de la ceja cotiloidea al gran trocánter, no dió resultado.

SEGUNDA OBSERVACION

Luxación por alteraciones consecutivas a poliomiелitis.

Mujer de 24 años.

Tiempo transcurrido desde la luxación a la operación: 18 años.

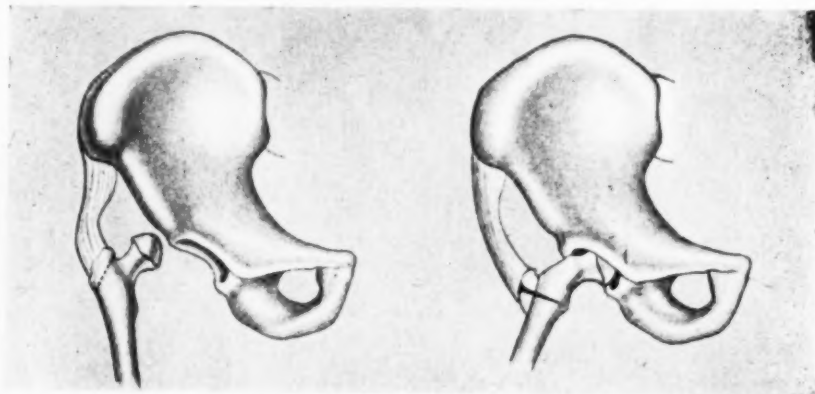
Terapéuticas anteriores: aparatos en diversas posiciones. Enyesados.
Extensión. Intervención quirúrgica.

Anestesia general por pentotal.

Duración operación: 55 minutos.

Deambulacion con aparato enyesado y muletas a los 35 dias.

Resultado actual, 8 años después de operada: satisfactorio.



SEGUNDA OBSERVACION



Luxación coxo-femoral hacia arriba y hacia atrás con deformación femoral y cotiloidea.



La reducción sangrante y la sutura con alambre de la ceja cotiloidea al gran trocánter, no dió resultado.

SEGUNDA OBSERVACION



Operación reconstructiva con buena colocación de la cabeza femoral en la cavidad cotiloidea.



Se obtuvo satisfactoria articulación coxo-femoral.

TERCERA OBSERVACION

Artritis, deformación y subluxación.

Mujer de 47 años.

Tiempo transcurrido desde iniciación artritis a la operación: 7 meses.

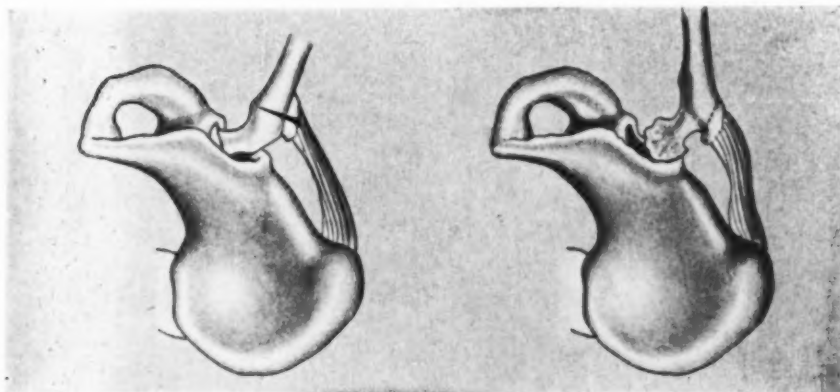
Terapéuticas anteriores: sulfas, vacunas, sueros; bismuto; diatermia; aparatos en diversas posiciones.

Anestesia general por pentotal-ciclopropano.

Duración operación: 50 minutos.

Deambulacion con aparato enyesado y muletas a los 26 días.

Resultado actual, 6 años después de operada: muy bueno.



SEGUNDA OBSERVACION



Operación reconstructiva con buena colocación de la cabeza femoral en la cavidad cotiloidea.



Se obtuvo satisfactoria articulación coxo-femoral.

TERCERA OBSERVACION

Artritis, deformación y subluxación.

Mujer de 47 años.

Tiempo transcurrido desde iniciación artritis a la operación: 7 meses.

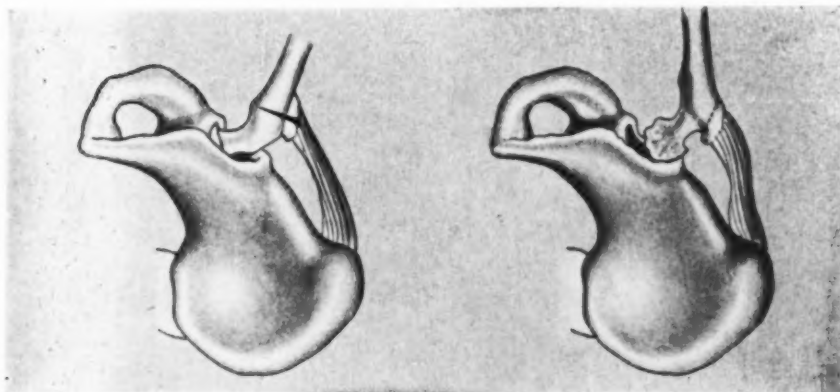
Terapéuticas anteriores: sulfas, vacunas, sueros; bismuto; diatermia; aparatos en diversas posiciones.

Anestesia general por pentotal-ciclopropano.

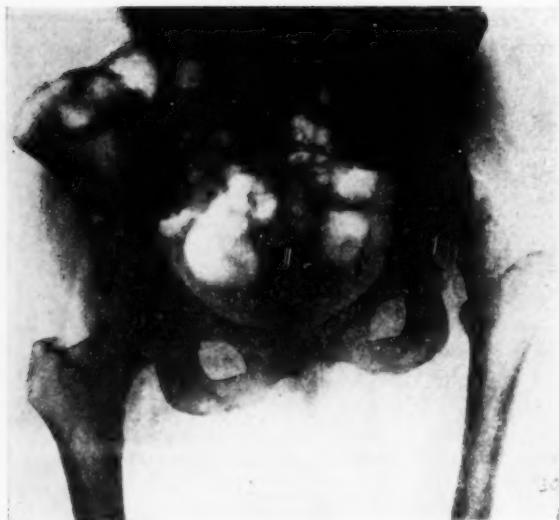
Duración operación: 50 minutos.

Deambulacion con aparato enyesado y muletas a los 26 días.

Resultado actual, 6 años después de operada: muy bueno.



TERCERA OBSERVACION



Artritis crónica defor-
mante con subluxación
hacia arriba y hacia
atrás,

Operación reconstruc-
tiva con adaptación de
la cabeza femoral mo-
delada, en la cavidad
cotiloidea.



CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE LA CADERA

TERCERA OBSERVACION



Meses después la neoarticulación coxo-femoral dá muy buen apoyo, es móvil y no es dolorosa.

CUARTA OBSERVACION

Fractura cervical y necrosis cabeza.

Hombre de 56 años.

Tiempo transcurrido de la fractura a la operación: 5 meses.

Terapéuticas anteriores: antilúética y algún reposo.

Antecedentes lúéticos, de fragilidad ósea y de necrosis hueso dedo pie.

Duración operación: 40 minutos.

Deambulaci3n con aparato enyesado y muletas a los 21 días.

Resultado actual, 1 1/2 años después de operado: muy bueno.

CUARTA OBSERVACION



Fractura cervical y necrosis de la cabeza femoral.



Igual que en la radiografía anterior, pero notándose la aparente hipercalcificación cefálica.



Operación reconstruc-
tiva y colocación del
cuello femoral hecho
cabeza en la cavidad
cotiloides. Descenso del
trocanter y fijación con
tornillo.



Meses después la neo-
articulación se conser-
va en buenas condicio-
nes.

CUARTA OBSERVACION



Fractura cervical y necrosis de la cabeza femoral.



Igual que en la radiografía anterior, pero notándose la aparente hipercalcificación cefálica.



Operación reconstruc-
tiva y colocación del
cuello femoral hecho
cabeza en la cavidad
cotiloides. Descenso del
trocanter y fijación con
tornillo.



Meses después la neo-
articulación se conser-
va en buenas condicio-
nes.

DR. CONRADO ZUCKERMANN

CUARTA OBSERVACION



Radiografía comparativa demostrando una neoarticulación anatómica y funcionalmente satisfactoria.

CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE LA CADERA

IX

CONSIDERACIONES TERMINALES

- 1.—Las operaciones que tienen por objeto reconstruir la articulación de la cadera datan de hace cerca de cincuenta años.
- 2.—La intervención tiene por objeto, primeramente dar soporte firme al cuerpo, enseguida evitar dolores y claudicación y conservar el movimiento articular.
- 3.—Los tiempos fundamentales operatorios son el modelado y colocación de la cabeza femoral y la implantación apropiada de los músculos pelvitrocantérianos.
- 4.—Las técnicas para efectuarlas son múltiples siendo la preconizada por Whitman la más empleada.
- 5.—La reconstrucción coxo-femoral está indicada en fracturas cervicales antiguas no consolidadas y pseudoartrosis del cuello; luxaciones rebeldes, antiguas; artropatías deformantes y secuelas importantes de artritis y osteitis; en algunas anquilosis.
- 6.—Relatamos cuatro observaciones en que se necesitó hacer reconstrucción operatoria de la cadera; en la 1a. observación por fractura cervical y necrosis parcial de la cabeza; en la 2a. por luxación antigua consecutiva a poliomielitis; en la 3a. por artritis, deformación y subluxación, crónicas; en la 4a. por fractura cervical y necrosis de la cabeza.

BIBLIOGRAFIA

A.— Trabajos especiales	20
B.— Trabajos conexos	19
C.— Libros	9
	—
	48

X

BIBLIOGRAFIA

A.—TRABAJOS ESPECIALES

- 1.—ASHHURST Astley P. C.—Operative Surgery of the hip joint, Pags. 939 a 978 del Vol. I de Rapports de Huitieme Congres de la Societé Internationale de Chirurgie, Bruselas, Belgica, 1929.
- 2.—BICKEL W. H. and GHORMLEY R. K.—Brackett operation for ununited fractures of the neck of the femur: report of two cases, Proceedings of the

DR. CONRADO ZUCKERMANN

CUARTA OBSERVACION



Radiografía comparativa demostrando una neoarticulación anatómica y funcionalmente satisfactoria.

CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE LA CADERA

IX

CONSIDERACIONES TERMINALES

- 1.—Las operaciones que tienen por objeto reconstruir la articulación de la cadera datan de hace cerca de cincuenta años.
- 2.—La intervención tiene por objeto, primeramente dar soporte firme al cuerpo, enseguida evitar dolores y claudicación y conservar el movimiento articular.
- 3.—Los tiempos fundamentales operatorios son el modelado y colocación de la cabeza femoral y la implantación apropiada de los músculos pelvitrocantérianos.
- 4.—Las técnicas para efectuarlas son múltiples siendo la preconizada por Whitman la más empleada.
- 5.—La reconstrucción coxo-femoral está indicada en fracturas cervicales antiguas no consolidadas y pseudoartrosis del cuello; luxaciones rebeldes, antiguas; artropatías deformantes y secuelas importantes de artritis y osteitis; en algunas anquilosis.
- 6.—Relatamos cuatro observaciones en que se necesitó hacer reconstrucción operatoria de la cadera; en la 1a, observación por fractura cervical y necrosis parcial de la cabeza; en la 2a, por luxación antigua consecutiva a poliomielitis; en la 3a, por artritis, deformación y subluxación, crónicas; en la 4a, por fractura cervical y necrosis de la cabeza.

BIBLIOGRAFIA

A.— Trabajos especiales	20
B.— Trabajos conexos	19
C.— Libros	9
	—
	48

X

BIBLIOGRAFIA

A.—TRABAJOS ESPECIALES

- 1.—ASHHURST Astley P. C.—Operative Surgery of the hip joint, Pags. 939 a 978 del Vol. I de Rapports de Huitieme Congres de la Societé Internationale de Chirurgie, Bruselas, Belgica, 1929.
- 2.—BICKEL W. H. and GHORMLEY R. K.—Brackett operation for ununited fractures of the neck of the femur: report of two cases, Proceedings of the

DR. CONRADO ZUCKERMANN

- staff meetings of the Mayo Clinic, Vol. 16, No. 22 Pags. 345 a 348, Mayo, 28 de 1941, Rochester, Minn. E. U.
- 3.—COLONNA Paul C.—An arthroplasty for congenital dislocation of the hip. The Journal of Bone and Joint Surgery, Vol. XXIV, No. 4, Pags. 812 a 826, Octubre, 1942, Boston, Mas. E. U.
 - 4.—FINCK Carlos.—Operación reconstructiva de la cadera. Método de Royal Whitman, Revista de Medicina y Cirugía, Año IV, Tomo I, Nos. 11 y 12, Pags. 73 a 93, Noviembre y Diciembre de 1942, Monterrey, N. L. México.
 - 5.—FUNCK-BRENTANO P.—Causes et traitement des pseudarthroses du col du fémur, Journal de Chirurgie, Tomo XXXVII, No. 5, Pags. 666 a 685, Mayo, 1931, París, Francia
 - 6.—GATELLIER J. et DAUBIGNE Merle.—Larthrotomie de la hanche par le procédé d'Ollier modifié, Journal de Chirurgie, Tomo XXXVIII, No. 1, Pags. 24 a 37, Julio de 1931, París, Francia,
 - 7.—HARMON Paul H.—Arthroplasty of the hip for osteoarthritis utilizing foreign-body cups of plastic, Surgery, Gynecology and Obstetrics, Vol. 76 No. 3, Pags. 347 a 365, Marzo, 1943, Chicago, Ill. E. U.
 - 8.—HYBBINETTE S.—Resultats opératoires de la chirurgie réparatrice de l'articulation de la hanche, Pags. 979 a 1028 del Vol. I de Rapports de Huitieme Congres de la Societé Internationale de Chirurgie, Bruselas, Bélgica, 1929,
 - 9.—IVINS John C. and GHORMLEY Ralph.—Brackett operation for ununited fracure of the neck of the femur, Surgery, Vol. 22, Pags. 819 a 825, Noviembre de 1947, San Luis Misuri. E. U.
 - 10.—KRIDA Arthur.—The Whitman reconstruction operation for complications of fracture of the neck of the femur, The Journal of Bone and Joint Surgery, Vol. 29 No. 2, Pags. 310 a 312, Abril, 1947, Boston, Mas. E. U
 - 11.—LAMBOTTE Albin.—Sur le traitement des fractures du col femoral, Le Scalpel, Año 89, No. 12, Pgas. 363 a 366, 21 de marzo de 1936, Bruselas, Bélgica.
 - 12.—MATHIEU Paul.—Chirurgie reparatrice de la hanche, Pags. 1029 a 1083 del Vol. I de Rapports de Huitieme Congres de la Societé Internationale de Chirurgie, Bruselas, Bélgica, 1929,
 - 13.—MATHIEU Paul.—La résection arthroplastique de la hanche, Journal de

CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE LA CADERA

- Chirurgie. Tomo XXXVIII, No. 1, Pags. 1 a 23, París, Francia. Julio de 1931.
- 14.—MATHIEU Paul.—La résection arthroplastique de la hanche, Le Scalpel, Año 88, No. 10, Pags. 285 a 293. 9 de marzo de 1935. Bruselas, Bélgica.
- 15.—PUTTI V.—Chirurgía reparatrice del l'articolazione del l'anca, Pags. 1085 a 1122 del Vol. I de Rapports de Huitieme Congres de la Societé Internationale de Chirurgie, Bruselas, Bélgica, 1929.
- 16.—ROYAL MOORE John.—Cartilaginous-cup arthroplasty in ununited fractures of the neck of the femur, The Journal of Bone and Joint Surgery. Vol. 30 Año 2, Pags. 313 a 330, Abril, 1948, Boston Mass, E. U.
- 17.—SMITH-PETERSEN M. N., LARSON Carroll B. AUFRANC Otto E. and LAW Alexander, Complications of old fractures of the neck of the femur results of treatment by vitallium-mold arthroplasty, The Journal of Bone and Joint Surgery Vol. 29 No. 1 Pags. 41 a 48, Enero, 1947, Boston, Mass. E. U.
- 18.—STEVENSON BAER William. — L'arthroplastic de la hanche, Journal de Chirurgie. Tomo XXIX, No. 3 Pags. 277 a 293. Marzo, 1927. París, Francia.
- 19.—WILSON Philip D.—Trochanteric arthroplasty in the treatment of ununited fractures of the neck of the femur, The Journal of bone and Joint Surgery, Vol. 29, No. 2, Pags. 313 a 327. Abril 1947. Boston, Mass. E. U.
- 20.—ZUCKERMANN Conrado. —Algunas observaciones de cirugía ósea, Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer, Año V, No. 7, Pags. 363 a 396. Julio de 1937. México.

B.—TRABAJOS CONEXOS

- 1.—CASAS Herman de las.—Individualization of the treatment of fracture of the neck of the femur in the aged, The Journal of the International College of Surgeons, Vol. II, No. 6, Pags. 409 a 412. Diciembre de 1939. Chicago, Ill. E. U.
- 2.—CASAS Herman de las.—The treatment of fractures of the femoral neck in the aged, The Journal of the International College of Surgeons, Vol. V, No. 2. Pags. 98 a 114, Marzo-abril, 1942. Chicago, Ill. E. U.
- 3.—COMPÈRE Edward L. and WALLACE George.—Etiology of aseptic necrosis of the head of the femur after transcervical fracture, The Journal

DR. CONRADO ZUCKERMANN

- staff meetings of the Mayo Clinic, Vol. 16, No. 22 Pags. 345 a 348, Mayo, 28 de 1941, Rochester, Minn. E. U.
- 3.—COLONNA Paul C.—An arthroplasty for congenital dislocation of the hip. The Journal of Bone and Joint Surgery, Vol. XXIV, No. 4, Pags. 812 a 826, Octubre, 1942, Boston, Mas. E. U.
 - 4.—FINCK Carlos.—Operación reconstructiva de la cadera. Método de Royal Whitman, Revista de Medicina y Cirugía, Año IV, Tomo I, Nos. 11 y 12, Pags. 73 a 93, Noviembre y Diciembre de 1942, Monterrey, N. L. México.
 - 5.—FUNCK-BRENTANO P.—Causes et traitement des pseudarthroses du col du fémur, Journal de Chirurgie, Tomo XXXVII, No. 5, Pags. 666 a 685, Mayo, 1931, París, Francia
 - 6.—GATELLIER J. et DAUBIGNE Merle.—Larthrotomie de la hanche par le procédé d'Ollier modifié, Journal de Chirurgie, Tomo XXXVIII, No. 1, Pags. 24 a 37, Julio de 1931, París, Francia.
 - 7.—HARMON Paul H.—Arthroplasty of the hip for osteoarthritis utilizing foreign-body cups of plastic, Surgery, Gynecology and Obstetrics, Vol. 76 No. 3, Pags. 347 a 365, Marzo, 1943, Chicago, Ill. E. U.
 - 8.—HYBBINETTE S.—Resultats opératoires de la chirurgie réparatrice de l'articulation de la hanche, Pags. 979 a 1028 del Vol. I de Rapports de Huitieme Congres de la Societé Internationale de Chirurgie, Bruselas, Bélgica, 1929.
 - 9.—IVINS John C. and GHORMLEY Ralph.—Brackett operation for ununited fracure of the neck of the femur, Surgery, Vol. 22, Pags. 819 a 825, Noviembre de 1947, San Luis Misuri. E. U.
 - 10.—KRIDA Arthur.—The Whitman reconstruction operation for complications of fracture of the neck of the femur, The Journal of Bone and Joint Surgery, Vol. 29 No. 2, Pags. 310 a 312, Abril, 1947, Boston, Mas. E. U.
 - 11.—LAMBOTTE Albin.—Sur le traitement des fractures du col femoral, Le Scalpel, Año 89, No. 12, Pgas. 363 a 366, 21 de marzo de 1936, Bruselas, Bélgica.
 - 12.—MATHIEU Paul.—Chirurgie reparatrice de la hanche, Pags. 1029 a 1083 del Vol. I de Rapports de Huitieme Congres de la Societé Internationale de Chirurgie, Bruselas, Bélgica, 1929.
 - 13.—MATHIEU Paul.—La résection arthroplastique de la hanche, Journal de

CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE LA CADERA

- Chirurgie. Tomo XXXVIII, No. 1, Pags. 1 a 23, París, Francia. Julio de 1931.
- 14.—MATHIEU Paul.—La résection arthroplastique de la hanche, *Le Scalpel*, Año 88, No. 10, Pags. 285 a 293. 9 de marzo de 1935. Bruselas, Bélgica.
 - 15.—PUTTI V.—Chirurgía reparatrice del l'articolazione del l'anca, Pags. 1085 a 1122 del Vol. I de *Rapports de Huitieme Congres de la Societé Internationale de Chirurgie*, Bruselas, Bélgica, 1929.
 - 16.—ROYAL MOORE John.—Cartilaginous-cup arthroplasty in ununited fractures of the neck of the femur, *The Journal of Bone and Joint Surgery*. Vol. 30 Año 2, Pags. 313 a 330, Abril, 1948, Boston Mass, E. U.
 - 17.—SMITH-PETERSEN M. N., LARSON Carroll B. AUFRANC Otto E. and LAW Alexander, Complications of old fractures of the neck of the femur results of treatment by vitallium-mold arthroplasty, *The Journal of Bone and Joint Surgery* Vol. 29 No. 1 Pags. 41 a 48, Enero, 1947, Boston, Mass. E. U.
 - 18.—STEVENSON BAER William. — L'arthroplastic de la hanche, *Journal de Chirurgie*. Tomo XXIX, No. 3 Pags. 277 a 293. Marzo, 1927. París, Francia.
 - 19.—WILSON Philip D.—Trochanteric arthroplasty in the treatment of ununited fractures of the neck of the femur, *The Journal of bone and Joint Surgery*, Vol. 29, No. 2, Pags. 313 a 327. Abril 1947. Boston. Mass. E. U.
 - 20.—ZUCKERMANN Conrado. —Algunas observaciones de cirugía ósea, *Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer*, Año V, No. 7, Pags. 363 a 396. Julio de 1937. México.

B.—TRABAJOS CONEXOS

- 1.—CASAS Herman de las.—Individualization of the treatment of fracture of the neck of the femur in the aged, *The Journal of the International College of Surgeons*, Vol. II, No. 6, Pags. 409 a 412. Diciembre de 1939. Chicago, Ill. E. U.
- 2.—CASAS Herman de las.—The treatment of fractures of the femoral neck in the aged, *The Journal of the International College of Surgeons*, Vol. V, No. 2. Pags. 98 a 114, Marzo-abril, 1942. Chicago, Ill. E. U.
- 3.—COMPÈRE Edward L. and WALLACE George.—Etiology of aseptic necrosis of the head of the femur after transcervical fracture, *The Journal*

DR. CONRADO ZUCKERMANN

- of Bone and Joint Surgery, Vol XXIV, No. 4, Pags. 831 a 841. Octubre, 1942. Boston, Mass. E. U.
- 4.—DUNHAM MOORE Robert.—Aseptic necrosis of the capital femoral epiphysis following adolescent epiphyseolysis, Surgery, Gynecology and Obstetrics, Vol. 80, No. 2, Pags. 199 a 204. Febrero, 1945. Chicago, Ill. E. U.
- 5.—ESPINOZA F. Pablo y ACHURRA M. Marcelo.—Necrosis aséptica de la cabeza femoral, Boletín de la Sociedad de Cirugía de Chile, Vol. XXV, No. 2, Pags. 128 a 133, Octubre, 1947, Santiago de Chile.
- 6.—PHEMISTER D. B.—Fractures of neck of femur, dislocations of hip, and obscure vascular disturbances producing aseptic necrosis of head of femur, Surgery, Gynecology and Obstetrics, Vol. 49, No. 3, Pags. 415 a 440. Septiembre, 1934, Chicago, Ill. E. U.
- 7.—FUENTE CHAOS Alfonso de la.—Contribución al estudio de las pseudoartrosis del cuello del fémur. Los Tratamientos Actuales, Año VI, No. 13, Pags. 263 a 268, 15 de junio de 1936, Madrid, España.
- 8.—GARAIZABAL BASTOS Angel.—El tratamiento de las fracturas del cuello del fémur, Revista Española de Farmacología y Terapéutica, Año I, No. 8, Pags. 511 a 519, Agosto, 1940, Madrid, España.
- 9.—GHORMLEY Raluh K.—Epifisiolisis de la cabeza femoral, Medicina. Tomo XXVII, No. 533, Pags. 256 a 260, Junio 10 de 1947, México.
- 10.—GIBBENS MURRAY E.—March fracture of the neck of the femur, The Journal of Bone and Joint Surgery, Vol. XXVII, N. 1, Pags. 162 a 163. Enero, 1945. Boston, Mass. E. U.
- 11.—LANCE M.—Tratamiento quirúrgico de las subluxaciones y luxaciones congénitas inveteradas de la cadera, Le Monde Médical, Edición Española, Año XXXVI, No. 728, Pags. 586 a 598, 1-15 Junio de 1926. Barcelona, España.
- 12.—NORDENSON Nils G.—Sur la vascularisation de la tête du fémur par la voie du ligament rond fémoral, Lyon Chirurgical, Tomo 35 No. 2, Pags. 178 a 187, Marzo-Abril, 1938, Lyon Francia.
- 13.—SHERMAN Mary S. and PHEMISTER D. B.—The pathology of ununited fractures of the neck of the femur, The Journal of Bone and Joint Surgery, Vol. 29, No. 1, Pags. 19 a 40, Enero, 1947. Boston, Mass. E. U.
- 14.—SLULLITEL Isidoro.—Nociones de semiología de cadera, Revista del Cen-

CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE LA CADERA

- tro de Estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas, Farmacia y Ramos Menores, Año XVII, No. 53 Pags. 15 a 31. Julio-Agosto, 1937, Rosario, Argentina.
- 15.—URRUTIA U. Carlos.—Necrosis de la cabeza femoral, Revista Médica de Chile, Año LXXVI, No. 2 Pags. 79 a 83, Febrero, 1948. Santiago de Chile.
 - 16.—WALDENSTROM Henning.—Slipping of the upper femoral epiphysis, Surgery, Gynecology and Obstetrics, Vol. 71, No. 2, Pags. 198 a 210. Agosto, 1940. Chicago, Ill. E. U.
 - 17.—WHITMAN Royal.—A retrospective commentary on the campaign for the establishment of the positive standard of treatment for fracture of the neck of the femur, The Journal of Bone and Joint Surgery, Vol. XXVII, No. 2. Pags. 334 a 339, Abril, 1945, Boston, Mass, E. U. (
 - 18.—WOLCOTT W. Eugene.—The evolution of the circulation in the developing femoral head and neck, Surgery, Gynecology and Obstetrics, Vol. 77, No. 1. Pags. 61 a 68, Julio, 1943, Chicago, Ill. E. U.
 - 19.—ZENO Lelio.—Arbotante plástico en la luxación de la cadera, Revista de Cirugía de Buenos Aires, Año XIII, No. 10 Pags. 608 a 611. Octubre de 1934, Buenos Aires, Argentina.

C.—LIBROS

- 1.—BOHLER L. y JESCHKE W.—Tratamiento operatorio de las fracturas y de las pseudoartrosis del cuello del fémur y sus resultados, Traducción, Buenos Aires, Argentina, 1940.
- 2.—DIEZ Julio.—Aptropatías crónicas no tuberculosas de cadera, Buenos Aires, Argentina, 1941.
- 3.—FEY B. MOCQUOTP., OBERLIN S., QUENU J., TRUFFERT P.; etc. Traité de technique chirurgicale. Tomo I, Fascículo segundo, París, Francia, 1944.
- 4.—KEY John Albert y CONWELL H. Earle.—Fracturas, luxaciones y esguinces. Traducción. México, D. F., 1946.
- 5.—LEVEUF Jacques et GIRODE CH.—Le traitement des fractures du col du fémur, París, Francia, 1927.
- 6.—MERCER Walter.—Orthopedic Surgery. Londres, Inglaterra, 1943.
- 7.—ROBBIANI Angel.—Operación reconstructiva de la cadera, Buenos Aires, Argentina, 1938.
- 8.—STEINDLER Arthur.—Orthopedic Operations. Springfield, Ill. E. U. 1943.
- 9.—ZUCKERKANDL Otto.—Atlas manuel de chirurgie Opératoire, Traducción, París, Francia, 1900.

DR. CONRADO ZUCKERMANN

- of Bone and Joint Surgery, Vol XXIV, No. 4, Pags. 831 a 841. Octubre, 1942. Boston, Mass. E. U.
- 4.—DUNHAM MOORE Robert.—Aseptic necrosis of the capital femoral epiphysis following adolescent epiphyseolysis, Surgery, Gynecology and Obstetrics, Vol. 80, No. 2, Pags. 199 a 204. Febrero, 1945. Chicago, Ill. E. U.
 - 5.—ESPINOZA F. Pablo y ACHURRA M. Marcelo.—Necrosis aséptica de la cabeza femoral, Boletín de la Sociedad de Cirugía de Chile, Vol. XXV, No. 2, Pags. 128 a 133, Octubre, 1947, Santiago de Chile.
 - 6.—PHEMISTER D. B.—Fractures of neck of femur, dislocations of hip, and obscure vascular disturbances producing aseptic necrosis of head of femur, Surgery, Gynecology and Obstetrics, Vol. 49, No. 3, Pags. 415 a 440. Septiembre, 1934, Chicago, Ill. E. U.
 - 7.—FUENTE CHAOS Alfonso de la.—Contribución al estudio de las pseudoartrosis del cuello del fémur. Los Tratamientos Actuales, Año VI. No. 13, Pags. 263 a 268, 15 de junio de 1936, Madrid, España.
 - 8.—GARAIZABAL BASTOS Angel.—El tratamiento de las fracturas del cuello del fémur, Revista Española de Farmacología y Terapéutica, Año I. No. 8, Pags. 511 a 519, Agosto, 1940, Madrid, España.
 - 9.—GHORMLEY Raluh K.—Epifisiolisis de la cabeza femoral, Medicina. Tomo XXVII, No. 533, Pags. 256 a 260, Junio 10 de 1947, México.
 - 10.—GIBBENS MURRAY E.—March fracture of the neck of the femur, The Journal of Bone and Joint Surgery, Vol. XXVII, N. 1, Pags. 162 a 163. Enero, 1945. Boston, Mass. E. U.
 - 11.—LANCE M.—Tratamiento quirúrgico de las subluxaciones y luxaciones congénitas inveteradas de la cadera, Le Monde Médical, Edición Española, Año XXXVI, No. 728, Pags. 586 a 598, 1-15 Junio de 1926. Barcelona, España.
 - 12.—NORDENSON Nils G.—Sur la vascularisation de la tête du fémur par la voie du ligament rond fémoral, Lyon Chirurgical, Tomo 35 No. 2, Pags. 178 a 187, Marzo-Abril, 1938, Lyon Francia.
 - 13.—SHERMAN Mary S. and PHEMISTER D. B.—The pathology of ununited fractures of the neck of the femur, The Journal of Bone and Joint Surgery, Vol. 29, No. 1, Pags. 19 a 40, Enero, 1947. Boston, Mass. E. U.
 - 14.—SLULLITEL Isidoro.—Nociones de semiología de cadera, Revista del Cen-

CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE LA CADERA

- tro de Estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas, Farmacia y Ramos Menores, Año XVII, No. 53 Pags. 15 a 31. Julio-Agosto, 1937, Rosario, Argentina.
- 15.—URRUTIA U. Carlos.—Necrosis de la cabeza femoral, Revista Médica de Chile, Año LXXVI, No. 2 Pags. 79 a 83, Febrero, 1948. Santiago de Chile.
 - 16.—WALDENSTROM Henning.—Slipping of the upper femoral epiphysis, Surgery, Gynecology and Obstetrics, Vol. 71, No. 2, Pags. 198 a 210. Agosto, 1940. Chicago, Ill. E. U.
 - 17.—WHITMAN Royal.—A retrospective commentary on the campaign for the establishment of the positive standard of treatment for fracture of the neck of the femur, The Journal of Bone and Joint Surgery, Vol. XXVII, No. 2. Pags. 334 a 339, Abril, 1945, Boston, Mass, E. U. (
 - 18.—WOLCOTT W. Eugene.—The evolution of the circulation in the developing femoral head and neck, Surgery, Gynecology and Obstetrics, Vol. 77, No. 1. Pags. 61 a 68, Julio, 1943, Chicago, Ill. E. U.
 - 19.—ZENO Lelio.—Arbotante plástico en la luxación de la cadera, Revista de Cirugía de Buenos Aires, Año XIII, No. 10 Pags. 608 a 611. Octubre de 1934, Buenos Aires, Argentina.

C.—LIBROS

- 1.—BOHLER L. y JESCHKE W.—Tratamiento operatorio de las fracturas y de las pseudoartrosis del cuello del fémur y sus resultados, Traducción, Buenos Aires, Argentina, 1940.
- 2.—DIEZ Julio.—Aptropatías crónicas no tuberculosas de cadera, Buenos Aires, Argentina, 1941.
- 3.—FEY B. MOCQUOTP., OBERLIN S., QUENU J., TRUFFERT P.; etc. Traité de technique chirurgicale. Tomo I, Fascículo segundo, París, Francia, 1944.
- 4.—KEY John Albert y CONWELL H. Earle.—Fracturas, luxaciones y esguinces. Traducción. México, D. F., 1946.
- 5.—LEVEUF Jacques et GIRODE CH.—Le traitement des fractures du col du fémur, París, Francia, 1927.
- 6.—MERCER Walter.—Orthopedic Surgery. Londres, Inglaterra, 1943.
- 7.—ROBBIANI Angel.—Operación reconstructiva de la cadera, Buenos Aires, Argentina, 1938.
- 8.—STEINDLER Arthur.—Orthopedic Operations. Springfield, Ill. E. U. 1943.
- 9.—ZUCKERKANDL Otto.—Atlas manuel de chirurgie Opératoire, Traducción, París, Francia, 1900.

Un Caso de Trastornos Asfícticos del Miembro Superior por Anomalía Congénita de la primera Costilla

Por el Académico Dr. Mario Vergara Soto.

El caso clínico que a continuación relatamos de anomalía congénita de la primera costilla, lleva como finalidad principal señalar una causa muy poco conocida de neuralgias braquiales y perturbaciones vasculares de los miembros superiores, sobre la que hasta hace muy poco tiempo se ha insistido, después del estudio clínico y tratamiento operatorio de unos cuantos casos que existen publicados en la literatura médica extranjera. No es pues nuestra intención descubrir un hallazgo accidental realizado al ejecutar una toracoplastia o a una curiosidad descubierta al examinar una radiografía de tórax o presenciar una autopsia sino contribuir en la medida de nuestros recursos al conocimiento de perturbaciones circulatorias que pueden llegar a la gangrena o amenazar el bienestar o aptitud para el trabajo de quien lleva una primera costilla anormal y en ocasiones anatómo normal.

Los datos que nos ha suministrado la muy escasa bibliografía que existe sobre malformaciones congénitas de la primera costilla, pueden clasificarse en dos grandes grupos: el que se ocupa de la parte puramente estructural o anatómica del padecimiento, que es el más rico en trabajos y del que no nos ocuparemos; y el que se refiere a la clínica e indicaciones terapéuticas de la malformación torácica señalada, cuya importancia práctica es muy grande. Este segundo grupo es de creación muy reciente y encierra historias clínicas más o menos detalladas de los casos observados y la técnica radiológica para el estudio de los mismos.

Nació de la gran semejanza que existe entre las neuralgias braquiales y los trastornos vaso-motores, manifestaciones del síndrome ampliamente conocido cuya causa está en una costilla cervical o una disposición anormal del escaleno anterior; y la respuesta funcional a una primera costilla anormal desde el nacimiento, o a un descenso desproporcionado de los hombros con el progreso de la edad.

El primer reporte anatómico inequívoco de la malformación que nos ocupa, ha sido atribuida a Hunauld quien en 1740 leyó en la Real Academia de Ciencias de Amsterdam una memoria sobre variaciones en el número de las costillas, describiendo una primera costilla que se unía a la segunda dando un hueso común más grueso que una costilla normal. La primera cita en que se alude a las perturbaciones funcionales que acarrea una primera costilla anómala, se debe a Keen, quien reportó uno de sus dos casos en 1907, en el que describe que un hombre de 21 años de edad presentaba una gran masa en el cuello y una neuralgia braquial de 4 años de existencia, que los rayos X demostraron deberse, la primera a una primera costilla izquierda "que en vez de incurvarse hacia adelante desde la columna vertebral como le hacia la derecha, cambiaba su dirección hacia abajo y afuera", demostrando la clínica que el síndrome braquial fué motivado por la compresión ejercida por esa costilla. No relata ninguna intervención quirúrgica para corregir los dolores en ninguno de los dos casos.

Posteriormente encontramos un trabajo de Brichner y Milch publicado en 1925.

Pussepp en 1931 reveló la existencia de fenómenos compresivos del plexo por una primera costilla anormal. Después de él, Kiembock, designando las anomalías de la primera costilla con las iniciales A. E. C., puntualiza que pueden existir síndromes neurálgicos del miembro superior provocados por dicha costilla torácica.

Hasta muy recientemente aparece un reporte de Walsch y sus colaboradores en que se presentan tres casos y se encarece la importancia clínica de la anomalía de la primera costilla, casi al mismo tiempo que White, Pappel y Adams publican en 1945 el trabajo más completo que al respecto se halla hecho, con una casuística de 10 casos 5 de los cuales fueron operados obteniéndose la curación de los trastornos; y en los

otros 5 el tratamiento fisioterápico llenó las finalidades terapéuticas. Por último Mac Bowan cita un caso en 1946.

Aunque mucho está ya establecido definitivamente en lo que toca a la clínica y terapéutica de estas malformaciones, creemos que nuestro caso, contribuirá modestamente al diagnóstico y tratamiento de estas malformaciones congénitas del tórax.

El enfermo E. T., de 28 años de edad, originario de México, D. F., y trabajador del Departamento de Archivo del Gobierno del Distrito, se presentó a la consulta en agosto de 1945 quejándose de molestias en el tórax y miembro superior derecho consistentes en enfriamiento marcado con sensación de hormigueo en la mano derecha y palidez bastante acentuada de ésta y del antebrazo del mismo lado. Palidez y enfriamiento eran sobre todo ostensibles para el enfermo en la cara palmar de la mano y dedos y se acompañaban de cierta impotencia funcional de los músculos del antebrazo. A los síntomas anteriores que aparecían claramente por paroxismos que nunca duraban más de 3 a 5 horas, se agregaban, dolor muy intenso, constrictivo, en el antebrazo, mano y dedos, y los sucedían manchas cianóticas en las partes previamente afectadas por el dolor y la palidez; y edema discreto de la mano. Los paroxismos dolorosos se desencadenaban por el frío y otros motivos distintos a éste, que el enfermo conocía en su existencia sin poder definir en qué consistían. Al mismo tiempo el enfermo hizo referencia a dolores en la región supra-escapular, hombro derecho y parte superior del brazo del mismo lado. A una prominencia en la fosa supraclavicular derecha que le borraba el carácter de tal; y a que el hombro derecho estaba más bajo que el izquierdo.

Estos síntomas tan disímolos fueron los que el enfermo relató espontáneamente en uno de los paroxismos dolorosos y sobre los que apoyamos la encuesta clínica.

Investigando la aparición de los síntomas por orden cronológico, supimos que lo primero que notó el enfermo fué la eminencia supraclavicular y que los demás síntomas surgieron en diciembre de 1944, 10 meses por consiguiente antes de consultarnos.

La deformación de la fosa supraclavicular arranca de tan antiguo que el enfermo no puede precisar la fecha en que la notó y no le ha-

bía dado importancia en virtud de que las molestias que la provocaba solamente se hacían aparentes al tocarse dicha región. En términos generales nos relató, que lo primero que percibió en el centro de la región deformada fué la existencia de una estructura de dureza ósea, de contornos no muy netos para el paciente y sobre la cual se veían y palpaban latidos isócronos con los del pulso radial. Cuando el enfermo se palpaba alrededor de la prominencia ósea, durante el baño, al asearse dicha región, percibía algunos dolores que además de localizarse en el lugar de la presión irradiaban a modo de corrientes eléctricas muy dolorosas hasta los dedos. Ahondando la investigación sobre las irradiaciones del dolor averiguamos que éstas se hacían hacia los territorios inervados por el mediano y el cubital.

Así pasaron los años sin que el enfermo diera mayor importancia a unas molestias que podía evitar perfectamente y a una deformación que no le acarreaba ningún malestar.

Cuatro meses después de ingresar a su actual trabajo, 14 por consiguiente antes de iniciarse parte del cuadro patológico actual, fué cuando aparecieron otros síntomas. El primero en presentarse fué el enfriamiento de la mano derecha, francamente ostensible cuando con ésta se tocaba la izquierda, pero que en su principio no dió mayores molestias; poco después notó que bruscamente y sin más causa que la exposición al frío ambiente del invierno o por el manejo de agua fría, la mano y los dedos se ponían intensamente pálidos y extremadamente fríos, apareciendo dolor intensísimo que se le irradiaba a lo largo de las arterias del antebrazo y de la humeral; al mismo tiempo apareció manifiesta imposibilidad para flexionar los dedos y gran dificultad para mover la muñeca. Algunas veces espontáneamente, otras abrigándose la mano en el bolsillo, o calentándosela con agua caliente, desaparecían los fenómenos, completamente el dolor y la impotencia muscular, e incompletamente la palidez y el enfriamiento que quedaron permanentes, acentuándose de un modo muy lento con el paso de los meses.

Una vez eliminado el dolor, sobre el fondo de palidez continua, aparecían manchones violáceos que se borraban transitoriamente bajo el influjo de la presión del dedo, para acusar nuevamente su existencia al

otros 5 el tratamiento fisioterápico llenó las finalidades terapéuticas. Por último Mac Bowan cita un caso en 1946.

Aunque mucho está ya establecido definitivamente en lo que toca a la clínica y terapéutica de estas malformaciones, creemos que nuestro caso, contribuirá modestamente al diagnóstico y tratamiento de estas malformaciones congénitas del tórax.

El enfermo E. T., de 28 años de edad, originario de México, D. F., y trabajador del Departamento de Archivo del Gobierno del Distrito, se presentó a la consulta en agosto de 1945 quejándose de molestias en el tórax y miembro superior derecho consistentes en enfriamiento marcado con sensación de hormigueo en la mano derecha y palidez bastante acentuada de ésta y del antebrazo del mismo lado. Palidez y enfriamiento eran sobre todo ostensibles para el enfermo en la cara palmar de la mano y dedos y se acompañaban de cierta impotencia funcional de los músculos del antebrazo. A los síntomas anteriores que aparecían claramente por paroxismos que nunca duraban más de 3 a 5 horas, se agregaban, dolor muy intenso, constrictivo, en el antebrazo, mano y dedos, y los sucedían manchas cianóticas en las partes previamente afectadas por el dolor y la palidez; y edema discreto de la mano. Los paroxismos dolorosos se desencadenaban por el frío y otros motivos distintos a éste, que el enfermo conocía en su existencia sin poder definir en qué consistían. Al mismo tiempo el enfermo hizo referencia a dolores en la región supra-escapular, hombro derecho y parte superior del brazo del mismo lado. A una prominencia en la fosa supraclavicular derecha que le borraba el carácter de tal; y a que el hombro derecho estaba más bajo que el izquierdo.

Estos síntomas tan disímolos fueron los que el enfermo relató espontáneamente en uno de los paroxismos dolorosos y sobre los que apoyamos la encuesta clínica.

Investigando la aparición de los síntomas por orden cronológico, supimos que lo primero que notó el enfermo fué la eminencia supraclavicular y que los demás síntomas surgieron en diciembre de 1944, 10 meses por consiguiente antes de consultarnos.

La deformación de la fosa supraclavicular arranca de tan antiguo que el enfermo no puede precisar la fecha en que la notó y no le ha-

bía dado importancia en virtud de que las molestias que la provocaba solamente se hacían aparentes al tocarse dicha región. En términos generales nos relató, que lo primero que percibió en el centro de la región deformada fué la existencia de una estructura de dureza ósea, de contornos no muy netos para el paciente y sobre la cual se veían y palpaban latidos isócronos con los del pulso radial. Cuando el enfermo se palpaba alrededor de la prominencia ósea, durante el baño, al asearse dicha región, percibía algunos dolores que además de localizarse en el lugar de la presión irradiaban a modo de corrientes eléctricas muy dolorosas hasta los dedos. Ahondando la investigación sobre las irradiaciones del dolor averiguamos que éstas se hacían hacia los territorios inervados por el mediano y el cubital.

Así pasaron los años sin que el enfermo diera mayor importancia a unas molestias que podía evitar perfectamente y a una deformación que no le acarreaba ningún malestar.

Cuatro meses después de ingresar a su actual trabajo, 14 por consiguiente antes de iniciarse parte del cuadro patológico actual, fué cuando aparecieron otros síntomas. El primero en presentarse fué el enfriamiento de la mano derecha, francamente ostensible cuando con ésta se tocaba la izquierda, pero que en su principio no dió mayores molestias; poco después notó que bruscamente y sin más causa que la exposición al frío ambiente del invierno o por el manejo de agua fría, la mano y los dedos se ponían intensamente pálidos y extremadamente fríos, apareciendo dolor intensísimo que se le irradiaba a lo largo de las arterias del antebrazo y de la humeral; al mismo tiempo apareció manifiesta imposibilidad para flexionar los dedos y gran dificultad para mover la muñeca. Algunas veces espontáneamente, otras abrigándose la mano en el bolsillo, o calentándosela con agua caliente, desaparecían los fenómenos, completamente el dolor y la impotencia muscular, e incompletamente la palidez y el enfriamiento que quedaron permanentes, acentuándose de un modo muy lento con el paso de los meses.

Una vez eliminado el dolor, sobre el fondo de palidez continua, aparecían manchones violáceos que se borraban transitoriamente bajo el influjo de la presión del dedo, para acusar nuevamente su existencia al

cabo de 3 ó 4 minutos; y edema discreto de la mano. Cianosis y edema no eran ya percibidos por el enfermo a las 3 o 4 horas.

La serie de fenómenos relatados respecto a los que no cabe ninguna duda que exteriorizaban un trastorno circulatorio local, se presentó después por causas ajenas al frío y hasta al quedar el enfermo completamente arropado durante el reposo de la noche, y durante su trabajo. Estas dos últimas causas de la perturbación vascular nos hicieron entrever la posibilidad de que la eminencia supraclavicular tuviera alguna relación con ellas, y que por eso, causas distintas al frío fueran capaces de desencadenarla justamente a partir de la iniciación de sus labores como archivista del Gobierno del Distrito.

Al investigar el tipo de trabajo que desempeñaba, supimos que después de un tiempo de transición de dos meses de trabajo de escritorio, su labor consistía en el arreglo y colocación de expedientes en los anaqueles correspondientes, para lo que en buena parte del día tenía que desempeñar sus labores subido en una escalera desde la que tenía que flexionar el tronco y tomando con la mano derecha los bultos, elevarlos a nivel o por encima de su cabeza. Al ser interrogado sobre si esa fué la maniobra que en ausencia del frío era capaz de provocarle sus molestias, contestó sorprendido que así era efectivamente la mayor parte de las veces y que hasta ese momento se daba cuenta de ello. Al responder afirmativamente a ese punto del interrogatorio, fué muy fácil deducir que durante la noche las perturbaciones vasculares eran desencadenadas por la posición, contestando afirmativamente la pregunta que se le hizo en el sentido de si dormía sobre el lado sano y si cuando le aparecían sus molestias en pleno sueño despertaba acostado sobre el lado derecho.

Por lo que toca a las otras molestias dolorosas, la indagación clínica puso a flote que existían casi constantemente, aunque perfectamente tolerables, al grado que el enfermo no les daba mucha importancia; que correspondían a las regiones inervadas, por los dos primeros intercostales, por la rama anastomótica del primero con el plexo braquial y en territorio del circunflejo. El dolor era muy intenso después de trabajar, regido en sus alternativas de aumento y disminución por las mismas causas que modificaban el trastorno vascular, desapareciendo casi por completo en el reposo.

Este fué el análisis de los síntomas que el enfermo nos refirió espontáneamente, análisis que nos permitió ubicar la causa del padecimiento y la índole íntima de éste, dando el primer paso en la construcción del diagnóstico, datos que posteriormente tuvimos la oportunidad de comprobar en la intervención quirúrgica.

El hecho de que existiera un enfriamiento permanente y soportable en la mano y antebrazo sobre el que se venía a injertar el conjunto de fenómenos transitorios señalados, nos hizo ver claramente la existencia de un trastorno de la irrigación sanguínea del tipo del déficit vascular que con el hecho de ser fugaz exhibía claramente su calidad de fenómeno espasmódico arterial y capilar al que sucedía la dilatación capilar venosa con sus manchas características en las que el tinte violáceo, daba el distintivo de corriente capilar lenta que originaba necesariamente el color negro por la sangre empobrecida. Si a esto se suma el hecho de la tardía recoloración después de la presión, se concibe que se trataba de una circulación retardada en su velocidad al atravesar capilares paráliticamente dilatados. En resumen, existió un fenómeno incontrovertible de Reynaud, que divergía del síndrome del mismo nombre desencadenado por el frío, por la falta de simetría, en que la parte afectada era permanentemente fría; y en que se desencadenaba por causas ajenas al frío y que por el contrario debían activar la circulación en lugar de producir síncope local y acroasfíxia. Esto último fué justamente el detalle que nos puso sobre la pista para situar correctamente como lo fué, que la causa del fenómeno de Reynaud estaba en la fosa supraclavicular. En efecto, si existía una formación probablemente, ósea, por su consistencia, que dada su situación anatómica, servía de lecho a un vaso que por su topografía era probablemente la subclavia, no era muy forzado pensar que aquella fuera la causa del mal, máxime que el descenso del hombro en el trabajo y muchas veces a esta causa, la posición del sujeto, el estiramiento inspiratorio del escaleno, desencadenando el fenómeno vascular.

Por cuanto a los síntomas de neuralgia del plexo, si existía una causa cerca de éste capaz de producir los trastornos tantas veces citados, nada difícil sería que reconocieran como causa, dado su modo de existir, fenómenos irritativos o de discreta compresión de los cordones nerviosos que los generan.

cabo de 3 ó 4 minutos; y edema discreto de la mano. Cianosis y edema no eran ya percibidos por el enfermo a las 3 o 4 horas.

La serie de fenómenos relatados respecto a los que no cabe ninguna duda que exteriorizaban un trastorno circulatorio local, se presentó después por causas ajenas al frío y hasta al quedar el enfermo completamente arropado durante el reposo de la noche, y durante su trabajo. Estas dos últimas causas de la perturbación vascular nos hicieron entrever la posibilidad de que la eminencia supraclavicular tuviera alguna relación con ellas, y que por eso, causas distintas al frío fueran capaces de desencadenarla justamente a partir de la iniciación de sus labores como archivista del Gobierno del Distrito.

Al investigar el tipo de trabajo que desempeñaba, supimos que después de un tiempo de transición de dos meses de trabajo de escritorio, su labor consistía en el arreglo y colocación de expedientes en los anaqueles correspondientes, para lo que en buena parte del día tenía que desempeñar sus labores subido en una escalera desde la que tenía que flexionar el tronco y tomando con la mano derecha los bultos, elevarlos a nivel o por encima de su cabeza. Al ser interrogado sobre si esa fué la maniobra que en ausencia del frío era capaz de provocarle sus molestias, contestó sorprendido que así era efectivamente la mayor parte de las veces y que hasta ese momento se daba cuenta de ello. Al responder afirmativamente a ese punto del interrogatorio, fué muy fácil deducir que durante la noche las perturbaciones vasculares eran desencadenadas por la posición, contestando afirmativamente la pregunta que se le hizo en el sentido de si dormía sobre el lado sano y si cuando le aparecían sus molestias en pleno sueño despertaba acostado sobre el lado derecho.

Por lo que toca a las otras molestias dolorosas, la indagación clínica puso a flote que existían casi constantemente, aunque perfectamente tolerables, al grado que el enfermo no les daba mucha importancia; que correspondían a las regiones inervadas, por los dos primeros intercostales, por la rama anastomótica del primero con el plexo braquial y en territorio del circunflejo. El dolor era muy intenso después de trabajar, regido en sus alternativas de aumento y disminución por las mismas causas que modificaban el trastorno vascular, desapareciendo casi por completo en el reposo.

Este fué el análisis de los síntomas que el enfermo nos refirió espontáneamente, análisis que nos permitió ubicar la causa del padecimiento y la índole íntima de éste, dando el primer paso en la construcción del diagnóstico, datos que posteriormente tuvimos la oportunidad de comprobar en la intervención quirúrgica.

El hecho de que existiera un enfriamiento permanente y soportable en la mano y antebrazo sobre el que se venía a injertar el conjunto de fenómenos transitorios señalados, nos hizo ver claramente la existencia de un trastorno de la irrigación sanguínea del tipo del déficit vascular que con el hecho de ser fugaz exhibía claramente su calidad de fenómeno espasmódico arterial y capilar al que sucedía la dilatación capilar venosa con sus manchas características en las que el tinte violáceo, daba el distintivo de corriente capilar lenta que originaba necesariamente el color negro por la sangre empobrecida. Si a esto se suma el hecho de la tardía recoloración después de la presión, se concibe que se trataba de una circulación retardada en su velocidad al atravesar capilares paráliticamente dilatados. En resumen, existió un fenómeno incontrovertible de Reynaud, que divergía del síndrome del mismo nombre desencadenado por el frío, por la falta de simetría, en que la parte afectada era permanentemente fría; y en que se desencadenaba por causas ajenas al frío y que por el contrario debían activar la circulación en lugar de producir síncope local y acroasfíxia. Esto último fué justamente el detalle que nos puso sobre la pista para situar correctamente como lo fué, que la causa del fenómeno de Reynaud estaba en la fosa supraclavicular. En efecto, si existía una formación probablemente, ósea, por su consistencia, que dada su situación anatómica, servía de lecho a un vaso que por su topografía era probablemente la subclavia, no era muy forzado pensar que aquella fuera la causa del mal, máxime que el descenso del hombro en el trabajo y muchas veces a esta causa, la posición del sujeto, el estiramiento inspiratorio del escaleno, desencadenando el fenómeno vascular.

Por cuanto a los síntomas de neuralgia del plexo, si existía una causa cerca de éste capaz de producir los trastornos tantas veces citados, nada difícil sería que reconocieran como causa, dado su modo de existir, fenómenos irritativos o de discreta compresión de los cordones nerviosos que los generan.

En resumen, en esta primera etapa del interrogatorio se llegó a la conclusión de que había un típico fenómeno de Reynaud que difería del síndrome del mismo nombre por su asimetría y las causas distintas al frío que lo generaban, lo que había probable que su causa radicaba en una malformación ósea, probablemente una costilla cervical que hacia participar al escaleno en el papel de causa del trastorno, aunque difiriendo del síndrome típico de costilla cervical o del de escaleno anterior en que este último el componente neurológico es lo que le da carta de individualidad. Con esta presunción clínica fundada iniciamos la segunda y tercera etapas del diagnóstico buscando las repercusiones del padecimiento y su etiología.

Buscando cuidadosamente las repercusiones locales que hubiera podido acarrear la malformación supraclavicular se enfocó la investigación hacia los fenómenos irritativos o paralíticos del simpático cervical sin que hubiera ningún dato positivo de trastornos vasomotores o de la sudoración de la mitad derecha de la cara, ni síndrome de Claudio Bernard Horner; ningún síntoma que acusara sufrimiento de la pleura en su cúpula ni manifestaciones de orden venoso por estasis debida a posible compresión de la vena subclavia. Sobre la columna vertebral sólo era ostensible una desviación que por la descripción que de ella nos hizo el paciente se trataba de una escoliosis de concavidad derecha que originaba la desigualdad en altura de los hombros; en cuanto al miembro superior, fuera de los datos ya enumerados, no se obtuvo la existencia de fenómenos tróficos fuera de que las uñas crecían mas lentamente que las homólogas del lado contrario y se habían engrosado un poco tornándose quebradizas; y fina y discreta descamación furácea de la piel del antebrazo.

La investigación rutinaria en los demás aparatos no arrojó ningún dato anómalo de interés para el diagnóstico y entre los antecedentes hereditarios y personales no se encontró ninguno que tuviera liga alguna con el padecimiento actual o modificara el terreno para dar a este algún carácter especial en el conjunto o en detalle.

En cuanto a repercusiones generales, a no ser la inhabilitación para sus ocupaciones, ningún otro digno de mención.

Después de la poca fecunda mitad del interrogatorio, quedamos casi en el mismo punto que al finalizar la primera mitad excepto que la ausencia de datos robusteció más nuestra primitiva hipótesis.

Con el diagnóstico de presunción señalado, emprendimos la exploración de un individuo joven, sin facies característica, de constitución robusta, de conformación íntegra y con los hombros ligeramente desiguales en altura. La inspección del cuello demostró que a su longitud aumentada se agregaba el borramiento de la fosa supraclavicular que estaba substituida por una eminencia discreta, pero perfectamente marcada; sobre la parte media de ésta que correspondía al tercio medio de la clavícula y a la altura del cricoides se apreciaba un latido arterial visible y perfectamente claro. La clavícula claramente visible seguía una dirección más horizontal que la del lado contrario, lo que deformaba más la región y la ensanchaba haciendo aparecer el hombro más bajo de lo que en realidad estaba. La palpación demostró existir en el centro de la deformación una estructura ósea en forma de costilla que partía de un punto aparentemente más alto que la primera costilla izquierda, que bruscamente cambiaba de dirección a partir de su origen, para incurvarse bruscamente en forma de arco de concavidad interna dirigiéndose hacia abajo y adentro para perderse bajo el tercio medio o parte externa del interno de la clavícula. Se investigó la existencia de la primera costilla sin que se hubiera podido palpar en el lugar que ocupa normalmente ni en ninguna parte de la región supraclavicular ni en la porción retroclavicular del cuello. Es de hacerse notar que la palpación de esta estructura ósea fué sumamente dolorosa. El latido visible correspondía a la presión, ya que al ahogar bajo el dedo y sobre la costilla corriente de su caudal sanguíneo, desaparecía completamente el pulso radial y braquial del lado derecho. Dicha subclavia no sólo estaba levantada, sino que era palpable en gran parte de su longitud y describía un arco mucho más abierto y alto que normalmente, lo que hacía más larga y era de tono vascular mayor que el normal.

La identificación de una subclavia altamente colocada, de longitud aumentada e hipertónica, agrega a la usencia de la primera costilla en su lugar normal, nos hizo estar seguros, salvo ratificación radiográfica,

En resumen, en esta primera etapa del interrogatorio se llegó a la conclusión de que había un típico fenómeno de Reynaud que difería del síndrome del mismo nombre por su asimetría y las causas distintas al frío que lo generaban, lo que había probable que su causa radicaba en una malformación ósea, probablemente una costilla cervical que hacia participar al escaleno en el papel de causa del trastorno, aunque difiriendo del síndrome típico de costilla cervical o del de escaleno anterior en que este último el componente neurológico es lo que le da carta de individualidad. Con esta presunción clínica fundada iniciamos la segunda y tercera etapas del diagnóstico buscando las repercusiones del padecimiento y su etiología.

Buscando cuidadosamente las repercusiones locales que hubiera podido acarrear la malformación supraclavicular se enfocó la investigación hacia los fenómenos irritativos o paralíticos del simpático cervical sin que hubiera ningún dato positivo de trastornos vasomotores o de la sudoración de la mitad derecha de la cara, ni síndrome de Claudio Bernard Horner; ningún síntoma que acusara sufrimiento de la pleura en su cúpula ni manifestaciones de orden venoso por estasis debida a posible compresión de la vena subclavia. Sobre la columna vertebral sólo era ostensible una desviación que por la descripción que de ella nos hizo el paciente se trataba de una escoliosis de concavidad derecha que originaba la desigualdad en altura de los hombros; en cuanto al miembro superior, fuera de los datos ya enumerados, no se obtuvo la existencia de fenómenos tróficos fuera de que las uñas crecían mas lentamente que las homólogas del lado contrario y se habían engrosado un poco tornándose quebradizas; y fina y discreta descamación furácea de la piel del antebrazo.

La investigación rutinaria en los demás aparatos no arrojó ningún dato anómalo de interés para el diagnóstico y entre los antecedentes hereditarios y personales no se encontró ninguno que tuviera liga alguna con el padecimiento actual o modificara el terreno para dar a este algún carácter especial en el conjunto o en detalle.

En cuanto a repercusiones generales, a no ser la inhabilitación para sus ocupaciones, ningún otro digno de mención.

Después de la poca fecunda mitad del interrogatorio, quedamos casi en el mismo punto que al finalizar la primera mitad excepto que la ausencia de datos robusteció más nuestra primitiva hipótesis.

Con el diagnóstico de presunción señalado, emprendimos la exploración de un individuo joven, sin facies característica, de constitución robusta, de conformación íntegra y con los hombros ligeramente desiguales en altura. La inspección del cuello demostró que a su longitud aumentada se agregaba el borramiento de la fosa supraclavicular que estaba substituida por una eminencia discreta, pero perfectamente marcada; sobre la parte media de ésta que correspondía al tercio medio de la clavícula y a la altura del cricoides se apreciaba un latido arterial visible y perfectamente claro. La clavícula claramente visible seguía una dirección más horizontal que la del lado contrario, lo que deformaba más la región y la ensanchaba haciendo aparecer el hombro más bajo de lo que en realidad estaba. La palpación demostró existir en el centro de la deformación una estructura ósea en forma de costilla que partía de un punto aparentemente más alto que la primera costilla izquierda, que bruscamente cambiaba de dirección a partir de su origen, para incurvarse bruscamente en forma de arco de concavidad interna dirigiéndose hacia abajo y adentro para perderse bajo el tercio medio o parte externa del interno de la clavícula. Se investigó la existencia de la primera costilla sin que se hubiera podido palpar en el lugar que ocupa normalmente ni en ninguna parte de la región supraclavicular ni en la porción retroclavicular del cuello. Es de hacerse notar que la palpación de esta estructura ósea fué sumamente dolorosa. El latido visible correspondía a la presión, ya que al ahogar bajo el dedo y sobre la costilla corriente de su caudal sanguíneo, desaparecía completamente el pulso radial y braquial del lado derecho. Dicha subclavia no sólo estaba levantada, sino que era palpable en gran parte de su longitud y describía un arco mucho más abierto y alto que normalmente, lo que hacía más larga y era de tono vascular mayor que el normal.

La identificación de una subclavia altamente colocada, de longitud aumentada e hipertónica, agrega a la usencia de la primera costilla en su lugar normal, nos hizo estar seguros, salvo ratificación radiográfica,

que la estructura ósea anormalmente situada no era otra que una primera costilla anómala.

Al desviar los dedos hacia adentro, encontramos un escaleno anterior fuertemente tenso, muy doloroso, más angosto que el del lado izquierdo y que aumentaba su dolor en las inspiraciones profundas; más hacia adentro, ya en el canal de los grandes vasos, encontramos el pulso carotídeo de 70 por minuto, de intensidad, energía y tono vascular normales. Llevando la palpación por fuera del escaleno anterior, sentimos los cordones del plexo braquial de una dirección ostensiblemente más vertical que los del lado contrario y sumamente dolorosos, provocando la palpación muy suave de ellos, dolores neurálgicos intensos irradiados hacia la mano. El resto de la palpación del cuello no reveló nada anormal excepto la participación de la parte baja de la columna cervical en la escoliosis ya referida. La auscultación de la subclavia sobre la eminencia de la primera costilla no reveló ningún ruido anormal.

En resumen: la exploración del cuello denunció la existencia de una probable costilla anormal en su situación, longitud, dirección y relaciones, con una arteria subclavia levantada, más larga, que describía un arco muy alto y muy abierto con hipertonia de su pared; un escaleno tenso y doloroso, angosto y anormalmente situado y un plexo braquial probablemente normal en dirección y longitud sumamente sensible a la presión, y dolor en el territorio del plexo cervical superficial sobre todo en sus ramas supra-acromial y supraclavicular.

La inspección del miembro superior derecho reveló palidez de la pared inferior del antebrazo, vello antebraquial más raro y delgado que en el lado opuesto y los trastornos tróficos de la piel y uñas ya descritos. El tacto puso de manifiesto un franco enfriamiento de la piel empalidecida con relación a la del lado sano. El pulso radial tenía los mismos caracteres del carotídeo pero las paredes vasculares tanto de la radial como de la humeral tenían mayor tonicidad que las izquierdas. La exploración de las distintas sensibilidades no demostró anomalía.

Practicando la maniobra de Adson volviendo el mentón al lado enfermo, con la cabeza en hiperextensión forzada, se redujo un poco la amplitud del pulso radial y el índice oscilométrico que era ya inferior al del

lado sano. El mismo fenómeno se obtuvo al colocar al enfermo en la posición de firmes. Colocamos al enfermo en posición vertical y en esas condiciones le hicimos levantar 5 Kgs. de peso del suelo hasta la altura de la cabeza, con el objeto de obligarlo a bajar el hombro derecho bajo la acción del peso que debía hacer ascender tratando de provocar los fenómenos que él había descrito. Después de 12 o 15 ejercicios vimos claramente aparecer todo lo descrito en el interrogatorio sobreviniendo el síncope local con desaparición casi del latido radial y mayor hipertonía de la subclavia. Este fenómeno no se produjo al levantar el enfermo el mismo peso mayor número de veces apoyando el codo en su mano izquierda y flexionando el antebrazo sobre el brazo.

La determinación de las temperaturas locales reveló una marcada diferencia de temperatura por descenso en la parte inferior del antebrazo, mano y dedos del lado derecho, con relación a la izquierda, tan franca que no cabía duda que era claramente patológica. No fué posible repetir la misma prueba con el enfermo en pleno estado de síncope local para buscar la magnitud del índice de espasmo.

Los signos revelados por la exploración física e instrumental del miembro superior derecho confirmaron pues casi completamente las deducciones diagnósticas, arrancadas al interrogatorio, ya que existía realmente el trastorno vascular de naturaleza constrictiva espasmódica que era desencadenada por una primera costilla anormal que mantenía a determinado tono vascular el árbol arterial del miembro superior derecho para desencadenar sobre ese fondo de vaso constrictión permanente los fenómenos sincopales locales en conjunción con el escaleno anterior y posiblemente la clavícula, bajo el influjo de la caída de hombro derecho en el ejercicio o en sueño y de acuerdo con el probable mecanismo que comentaremos más adelante.

La exploración del tórax sólo reveló un aumento de volumen del hemitórax derecho con escoliosis de concavidad derecha y espacios intercostales derechos más abiertos que los izquierdos.

De los exámenes de laboratorio rutinarios solamente es digno de mencionarse el radiográfico que debía tender a demostrar si existía una atipia de la primera costilla o una costilla cervical; y en el primer caso tam-

que la estructura ósea anormalmente situada no era otra que una primera costilla anómala.

Al desviar los dedos hacia adentro, encontramos un escaleno anterior fuertemente tenso, muy doloroso, más angosto que el del lado izquierdo y que aumentaba su dolor en las inspiraciones profundas; más hacia adentro, ya en el canal de los grandes vasos, encontramos el pulso carotídeo de 70 por minuto, de intensidad, energía y tono vascular normales. Llevando la palpación por fuera del escaleno anterior, sentimos los cordones del plexo braquial de una dirección ostensiblemente más vertical que los del lado contrario y sumamente dolorosos, provocando la palpación muy suave de ellos, dolores neurálgicos intensos irradiados hacia la mano. El resto de la palpación del cuello no reveló nada anormal excepto la participación de la parte baja de la columna cervical en la escoliosis ya referida. La auscultación de la subclavia sobre la eminencia de la primera costilla no reveló ningún ruido anormal.

En resumen: la exploración del cuello denunció la existencia de una probable costilla anormal en su situación, longitud, dirección y relaciones, con una arteria subclavia levantada, más larga, que describía un arco muy alto y muy abierto con hipertonia de su pared; un escaleno tenso y doloroso, angosto y anormalmente situado y un plexo braquial probablemente normal en dirección y longitud sumamente sensible a la presión, y dolor en el territorio del plexo cervical superficial sobre todo en sus ramas supra-acromial y supraclavicular.

La inspección del miembro superior derecho reveló palidez de la pared inferior del antebrazo, vello antebraquial más raro y delgado que en el lado opuesto y los trastornos tróficos de la piel y uñas ya descritos. El tacto puso de manifiesto un franco enfriamiento de la piel empalidecida con relación a la del lado sano. El pulso radial tenía los mismos caracteres del carotídeo pero las paredes vasculares tanto de la radial como de la humeral tenían mayor tonicidad que las izquierdas. La exploración de las distintas sensibilidades no demostró anomalía.

Practicando la maniobra de Adson volviendo el mentón al lado enfermo, con la cabeza en hiperextensión forzada, se redujo un poco la amplitud del pulso radial y el índice oscilométrico que era ya inferior al del

lado sano. El mismo fenómeno se obtuvo al colocar al enfermo en la posición de firmes. Colocamos al enfermo en posición vertical y en esas condiciones le hicimos levantar 5 Kgs. de peso del suelo hasta la altura de la cabeza, con el objeto de obligarlo a bajar el hombro derecho bajo la acción del peso que debía hacer ascender tratando de provocar los fenómenos que él había descrito. Después de 12 o 15 ejercicios vimos claramente aparecer todo lo descrito en el interrogatorio sobreviniendo el síncope local con desaparición casi del latido radial y mayor hipertonía de la subclavia. Este fenómeno no se produjo al levantar el enfermo el mismo peso mayor número de veces apoyando el codo en su mano izquierda y flexionando el antebrazo sobre el brazo.

La determinación de las temperaturas locales reveló una marcada diferencia de temperatura por descenso en la parte inferior del antebrazo, mano y dedos del lado derecho, con relación a la izquierda, tan franca que no cabía duda que era claramente patológica. No fué posible repetir la misma prueba con el enfermo en pleno estado de síncope local para buscar la magnitud del índice de espasmo.

Los signos revelados por la exploración física e instrumental del miembro superior derecho confirmaron pues casi completamente las deducciones diagnósticas, arrancadas al interrogatorio, ya que existía realmente el trastorno vascular de naturaleza constrictiva espasmódica que era desencadenada por una primera costilla anormal que mantenía a determinado tono vascular el árbol arterial del miembro superior derecho para desencadenar sobre ese fondo de vaso constrictión permanente los fenómenos sincopales locales en conjunción con el escaleno anterior y posiblemente la clavícula, bajo el influjo de la caída de hombro derecho en el ejercicio o en sueño y de acuerdo con el probable mecanismo que comentaremos más adelante.

La exploración del tórax sólo reveló un aumento de volumen del hemitórax derecho con escoliosis de concavidad derecha y espacios intercostales derechos más abiertos que los izquierdos.

De los exámenes de laboratorio rutinarios solamente es digno de mencionarse el radiográfico que debía tender a demostrar si existía una atipia de la primera costilla o una costilla cervical; y en el primer caso tam-

bién las modificaciones de relaciones de estructuras adyacentes. El primer punto lo resolvimos con una radiografía en transversa de la columna cervical (Fig. 1) en que se pueden ver las apófisis espinosas de las seis últimas cervicales quedando invisible el atlas sin que se apreciara nin-



Figura 1

gún apéndice costal que parta de la columna cervical. El único motivo de error sería una anomalía congénita de número de vértebras cervicales. En cuanto a las radiografías en A. P. (Fig. 2, 3 y 4.) se puede notar una asimetría marcada del tórax con aumento de volumen del hemitórax

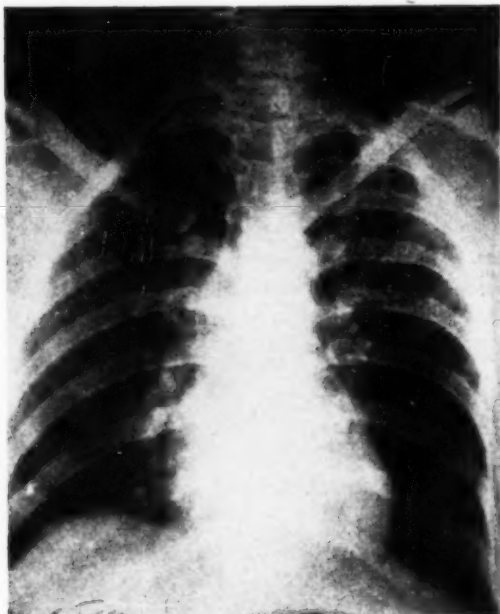


Figura 2



Figura 3

bién las modificaciones de relaciones de estructuras adyacentes. El primer punto lo resolvimos con una radiografía en transversa de la columna cervical (Fig. 1) en que se pueden ver las apófisis espinosas de las seis últimas cervicales quedando invisible el atlas sin que se apreciara nin-



Figura 1

gún apéndice costal que parta de la columna cervical. El único motivo de error sería una anomalía congénita de número de vértebras cervicales. En cuanto a las radiografías en A. P. (Fig. 2, 3 y 4.) se puede notar una asimetría marcada del tórax con aumento de volumen del hemitórax

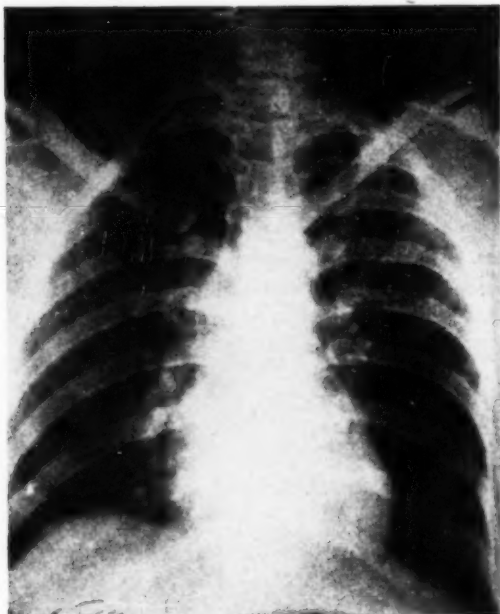


Figura 2



Figura 3

TRASTORNOS DEL MIEMBRO SUPERIOR POR ANOMALÍA DE LA COSTILLA

derecho, originada por anomalía de las costillas superiores en el lado derecho y asimetría también en la posición de las clavículas.

La primera costilla derecha, más angosta que la izquierda y con sus caras mirando más hacia los planos verticales, arranca de un punto simétrico al de la derecha, pero desde su cabeza cambia para seguir afue-



Figura 4

ra y abajo buscando la segunda costilla en la que se pierde por atrás y abajo de la clavícula. El cartilago costal y quizá un esbozo de extremidad distal de la primera costilla es francamente ostensible en su situación normal.

La segunda costilla no escapó a la atipia y aparece más larga, de

mayor convexidad y muy angosta y deprimida en su porción inicial y quizá un poco decalcificada.

La deformidad de estas dos primeras costillas hace que la abertura superior del tórax aparezca de dimensiones mayores que la del lado izquierdo dando la apariencia de sombra pulmonar en ellas encerrada, de tener mayor volumen y por su menor densidad más ventilada. El resto del hemitórax ha sufrido por contragolpe el mismo aumento de volumen. En las imágenes pulmonares y cardiovascular nada hay digno de mención para el diagnóstico.

Al terminar el estudio del enfermo brevemente relatado antes, pudimos establecer el diagnóstico íntegro de fenómeno de Reynaud y neuralgia braquial del miembro superior derecho provocados por anomalía congénita de la primera costilla.

Construido el diagnóstico quedaba planteado inmediatamente el problema de orden práctico y para lo que el enfermo nos consultó: la terapéutica que debía establecerse, no sólo para restituirlo a su vida normal sino para evitar la amenaza constante a la vida de una parte, cuando menos, del miembro superior ya que perduraba la causa que lo motivaba.

Esto nos obliga a entrar en algunas consideraciones de orden patológico y etiológico que fundan a nuestro modo de ver la conducta que seguimos y que debe seguirse en casos similares.

De acuerdo con los estudios de Anatomía Comparada del Prof. F. T. Lewis de la Universidad de Harvard (citados por White, Poppel y Adams), los distintos tipos de mal formaciones congénitas de la primera costilla en el hombre, reproducen situaciones anatómicas costales normales en distintas especies de animales. Nuestro caso pertenece al primer grupo de la clasificación de Lewis que corresponde a la primera costilla que no llega al esternón y se une más o menos precozmente, a la segunda costilla. Esta atipia en el hombre se observa normalmente en algunas especies inferiores y en los estadios tempranos del desarrollo del cerdo y del gato; y reproduce el tipo de costilla bicipital descrito en la ballena. Cuando esta anomalía se registra en el hombre, habitualmente las dos costillas se cierran estrechamente en el punto de intersección del escaleno anterior donde también se cruzan la arteria subclavia y el plexo braquial.

TRASTORNOS DEL MIEMBRO SUPERIOR POR ANOMALÍA DE LA COSTILLA

derecho, originada por anomalía de las costillas superiores en el lado derecho y asimetría también en la posición de las clavículas.

La primera costilla derecha, más angosta que la izquierda y con sus caras mirando más hacia los planos verticales, arranca de un punto simétrico al de la derecha, pero desde su cabeza cambia para seguir afue-



Figura 4

ra y abajo buscando la segunda costilla en la que se pierde por atrás y abajo de la clavícula. El cartilago costal y quizá un esbozo de extremidad distal de la primera costilla es francamente ostensible en su situación normal.

La segunda costilla no escapó a la atipia y aparece más larga, de

mayor convexidad y muy angosta y deprimida en su porción inicial y quizá un poco decalcificada.

La deformidad de estas dos primeras costillas hace que la abertura superior del tórax aparezca de dimensiones mayores que la del lado izquierdo dando la apariencia de sombra pulmonar en ellas encerrada, de tener mayor volumen y por su menor densidad más ventilada. El resto del hemitórax ha sufrido por contragolpe el mismo aumento de volumen. En las imágenes pulmonares y cardiovascular nada hay digno de mención para el diagnóstico.

Al terminar el estudio del enfermo brevemente relatado antes, pudimos establecer el diagnóstico íntegro de fenómeno de Reynaud y neuralgia braquial del miembro superior derecho provocados por anomalía congénita de la primera costilla.

Construido el diagnóstico quedaba planteado inmediatamente el problema de orden práctico y para lo que el enfermo nos consultó: la terapéutica que debía establecerse, no sólo para restituirlo a su vida normal sino para evitar la amenaza constante a la vida de una parte, cuando menos, del miembro superior ya que perduraba la causa que lo motivaba.

Esto nos obliga a entrar en algunas consideraciones de orden patológico y etiológico que fundan a nuestro modo de ver la conducta que seguimos y que debe seguirse en casos similares.

De acuerdo con los estudios de Anatomía Comparada del Prof. F. T. Lewis de la Universidad de Harvard (citados por White, Poppel y Adams), los distintos tipos de mal formaciones congénitas de la primera costilla en el hombre, reproducen situaciones anatómicas costales normales en distintas especies de animales. Nuestro caso pertenece al primer grupo de la clasificación de Lewis que corresponde a la primera costilla que no llega al esternón y se une más o menos precozmente, a la segunda costilla. Esta atipia en el hombre se observa normalmente en algunas especies inferiores y en los estadios tempranos del desarrollo del cerdo y del gato; y reproduce el tipo de costilla bicipital descrito en la ballena. Cuando esta anomalía se registra en el hombre, habitualmente las dos costillas se cierran estrechamente en el punto de intersección del escaleno anterior donde también se cruzan la arteria subclavia y el plexo braquial.

En estas circunstancias, ampliamente confirmadas en nuestro caso en el acto operatorio y ya previstas en el diagnóstico, el mecanismo por el cual podría actuar la costilla anómala para provocar las perturbaciones circulatorias y los trastornos neurológicos del miembro afectado, no podrían realizarse sino por cualquiera de dos caminos: la compresión, y la fricción. La compresión seguramente de acuerdo con lo expuesto al principio, solo podría realizarse entre dos estructuras que pellizcaran los elementos vasculares y nerviosos; y de acuerdo con la anatomía de la región no podían ser otros que: la primera costilla altamente situada y de dirección vertical, sobre la que corren plexo y arteria como sobre una polea, y el escaleno anterior, contracturado o no, que sobre ella los comprimiera. O bien, la primera costilla por atrás y la clavícula por delante. Estos dos mecanismos seguramente existieron actuando en mayor o menor cuantía según las circunstancias. El primero quedó claramente puesto de manifiesto con las modificaciones del pulso al realizar la maniobra de Adson y lo recogido en el interrogatorio respecto a la influencia de ciertas actitudes y posiciones; y lo segundo al registrarse modificaciones ostensibles del pulso durante la posición forzada de firmes.

Se ha hecho intervenir en estos casos un tercer factor en el desencadenamiento de los síntomas y aún en otros en que con el mismo cuadro clínico no existe ni costilla cervical ni atipia anatómica de la primera torácica y es el descenso del hombro en el transcurso de la vida, lo que para la patogenia significa un mecanismo también de compresión. Para describir este último es necesario que hagamos algunas consideraciones sobre ciertas perturbaciones que puede sufrir en embrión, que repercuten ya en el nacimiento dando una anomalía de la primera costilla o una cervical o independientemente de éstas, modificaciones vasculares y nerviosas que se manifestarán hasta la vida adulta.

Todavía perdura inmovible hasta la fecha la teoría de Jones que trata de explicar las manifestaciones de la primera costilla y la aparición de las costillas cervicales y los síntomas que las caracterizan. Para este autor las estructuras embrionarias que dan origen a los vasos y nervios del miembro superior son los factores dominantes para dar determinada forma, situación y orientación a la futura primera costilla; por ello se desarrollan más precozmente que el esbozo embrionario de ésta

TRASTORNOS DEL MIEMBRO SUPERIOR POR ANOMALÍA DE LA COSTILLA

y son un factor determinante en la colocación de los primitivos segmentos del cuerpo. Cuando los nervios descienden muy lenta o tardíamente no cortan los esbozos óseos en la región cervical permitiendo entonces el desarrollo de la costilla o costillas cervicales; si por el contrario el descenso de las estructuras neurogénitas es rápido o precoz, tendrá forzosamente que evitar el desarrollo del fin distal de la primera costilla, la que no podrá llegar al esternón y al quedar con su extremidad distal libre, basculará bajo la presión ejercida por los elementos anatómicos que soporta adoptando una posición vertical fusionándose o no a la segunda costilla (Fig. 5).

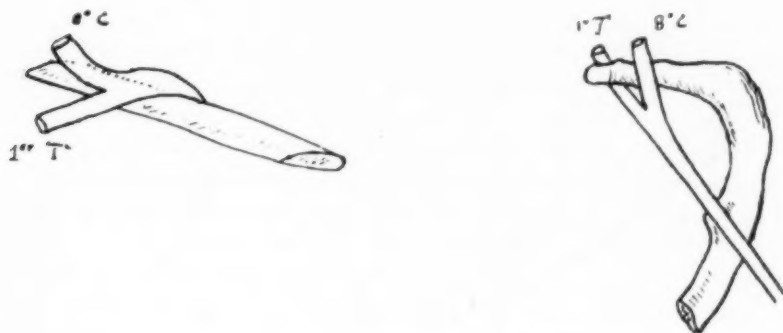


Fig. 5.—Relaciones normales de los nervios último cervical y 1a. torácica con la 1a. costilla.

También asevera Jones que en virtud de la acción decisiva de los nervios, el llamado surco subclavio de la primera costilla es originado en realidad por el último cordón del plexo braquial, por lo que denomina a aquel surco nervibraquial. El piensa que en los casos de atipia de la primera costilla existe en la región del surco nervibraquial una presión extra que obliga a dicho hueso a tomar una dirección vertical; y que este sobrepeso es originado por la inclusión del segundo nervio torácico en el plexo braquial (x). Fig. 6.

De esto se deduce que si en parte la anomalía es producida por un prefijado de plexo, dicho plexo debe contener un cordón nervioso más

En estas circunstancias, ampliamente confirmadas en nuestro caso en el acto operatorio y ya previstas en el diagnóstico, el mecanismo por el cual podría actuar la costilla anómala para provocar las perturbaciones circulatorias y los trastornos neurológicos del miembro afectado, no podrían realizarse sino por cualquiera de dos caminos: la compresión, y la fricción. La compresión seguramente de acuerdo con lo expuesto al principio, solo podría realizarse entre dos estructuras que pellizcaran los elementos vasculares y nerviosos; y de acuerdo con la anatomía de la región no podían ser otros que: la primera costilla altamente situada y de dirección vertical, sobre la que corren plexo y arteria como sobre una polea, y el escaleno anterior, contracturado o no, que sobre ella los comprimiera. O bien, la primera costilla por atrás y la clavícula por delante. Estos dos mecanismos seguramente existieron actuando en mayor o menor cuantía según las circunstancias. El primero quedó claramente puesto de manifiesto con las modificaciones del pulso al realizar la maniobra de Adson y lo recogido en el interrogatorio respecto a la influencia de ciertas actitudes y posiciones; y lo segundo al registrarse modificaciones ostensibles del pulso durante la posición forzada de firmes.

Se ha hecho intervenir en estos casos un tercer factor en el desencadenamiento de los síntomas y aún en otros en que con el mismo cuadro clínico no existe ni costilla cervical ni atipia anatómica de la primera torácica y es el descenso del hombro en el transcurso de la vida, lo que para la patogenia significa un mecanismo también de compresión. Para describir este último es necesario que hagamos algunas consideraciones sobre ciertas perturbaciones que puede sufrir en embrión, que repercuten ya en el nacimiento dando una anomalía de la primera costilla o una cervical o independientemente de éstas, modificaciones vasculares y nerviosas que se manifestarán hasta la vida adulta.

Todavía perdura incontestable hasta la fecha la teoría de Jones que trata de explicar las manifestaciones de la primera costilla y la aparición de las costillas cervicales y los síntomas que las caracterizan. Para este autor las estructuras embrionarias que dan origen a los vasos y nervios del miembro superior son los factores dominantes para dar determinada forma, situación y orientación a la futura primera costilla; por ello se desarrollan más precozmente que el esbozo embrionario de ésta

TRASTORNOS DEL MIEMBRO SUPERIOR POR ANOMALÍA DE LA COSTILLA

y son un factor determinante en la colocación de los primitivos segmentos del cuerpo. Cuando los nervios descienden muy lenta o tardíamente no cortan los esbozos óseos en la región cervical permitiendo entonces el desarrollo de la costilla o costillas cervicales; si por el contrario el descenso de las estructuras neurogénitas es rápido o precoz, tendrá forzosamente que evitar el desarrollo del fin distal de la primera costilla, la que no podrá llegar al esternón y al quedar con su extremidad distal libre, basculará bajo la presión ejercida por los elementos anatómicos que soporta adoptando una posición vertical fusionándose o no a la segunda costilla (Fig. 5).



Fig. 5.—Relaciones normales de los nervios último cervical y 1a. torácica con la 1a. costilla.

También asevera Jones que en virtud de la acción decisiva de los nervios, el llamado surco subclavio de la primera costilla es originado en realidad por el último cordón del plexo braquial, por lo que denomina a aquel surco nervibraquial. El piensa que en los casos de atipia de la primera costilla existe en la región del surco nervibraquial una presión extra que obliga a dicho hueso a tomar una dirección vertical; y que este sobrepeso es originado por la inclusión del segundo nervio torácico en el plexo braquial (x). Fig. 6.

De esto se deduce que si en parte la anomalía es producida por un prefijado de plexo, dicho plexo debe contener un cordón nervioso más

en su estructura y así fué como lo encontramos en nuestro caso al realizar la operación.

Por su parte Wingate Todd, fundándose en casos de costillas cervicales por él estudiados, piensa que las modificaciones esqueléticas que nos ocupan no pueden ser explicadas exclusivamente por anomalías en el desarrollo del plexo braquial y que hay muchos casos en que la mal formación de las arterias del cuello son las que determinan las anomalías de la primera costilla o la existencia de costillas cervicales.

Por otro lado, el mismo Todd ha explicado el hecho sin excepción hasta la fecha, de que la aparición de los primeros síntomas ligados a la

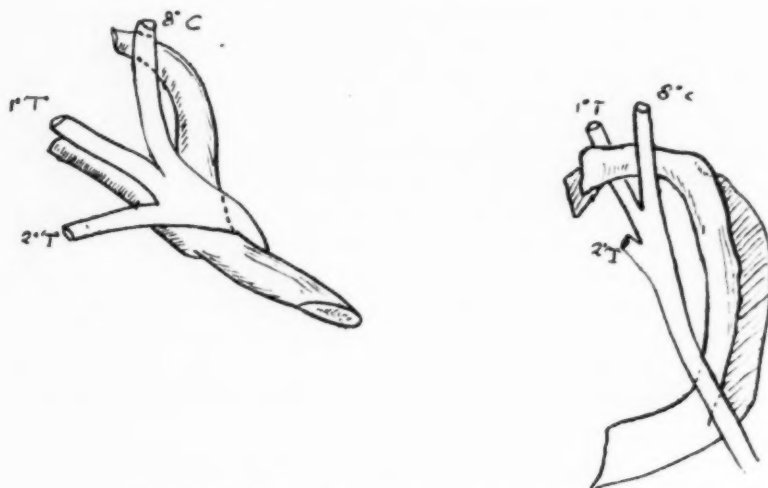


Fig. 6.—Relaciones anormales con la 1ª costilla:

atipia costal sobrevienen después de los 20 años, mediante el expediente confirmado de que hay un descenso gradual del hombro desde el nacimiento hasta la vejez. Esta tendencia es de curso exagerado cuando el individuo por razones de su oficio debe levantar cargas pesadas o tiene un débil desarrollo de los músculos torácicos que hace descender a veces mucho la cintura torácica superior. Por este mecanismo seguramente actuaban ciertos esfuerzos realizados por nuestro enfermo para desencade-

nar el trastorno asfíctico de la mano, ya que al hecho de tener el hombro bajo se sumaba la elevación de pesos sin apoyar el codo, lo que acentuaba la caída de aquel. Se ha demostrado además que en circunstancias semejantes sobreviene una contractura del escaleno que acarrea la elevación de la primera costilla en que se inserta y ésta elevación forzada actúa a su vez perpetuando la contractura escalénica haciendo perdurar la fricción y compresión de los elementos que se hallan entre las dos estructuras, al cerrarse un círculo vicioso.

Ahora bien, existiendo la disposición anómala de la primera costilla, los factores escalénico y del plexo, eficaces para traducir el sufrimiento vascular y nervioso en síntomas mediante los mecanismos invocados de fricción y compresión con los que coadyuvaban el descenso del hombro y el tipo de ocupación, falta solamente por explicar el por qué de la vasoconstricción en la mano en la cual intervinieron probables anomalías de los vasomotores.

En conexión con esto debe recordarse que Jones piensa haber demostrado que los síntomas vasculares resultan de la irritación de las fibras simpáticas del tronco más bajo del plexo braquial y esto ha adquirido mayor valor desde que Todd demostró que en los individuos normales las fibras simpáticas de los vasos sanguíneos del miembro superior van ya unidas a los cordones del plexo braquial al cruzarse estos con la primera costilla.

En una de cada ocho personas normales, las fibras simpáticas de los vasos sanguíneos del miembro superior, forman un paquete especial situado justamente bajo el último cordón del plexo braquial. Este cordón queda pues en casos como el nuestro, en condiciones ser irritado, al igual que en los individuos en que hay un marcado descenso del hombro.

En resumen, después del estudio de nuestro caso llegamos a la conclusión de que la primera costilla desencadenaba los trastornos ya señalados mediante fricción de la subclavia y del plexo y compresión de las mismas estructuras entre el escaleno y la primera costilla, probablemente también por compresión de la subclavia entre la primera costilla y la clavícula; y que intervenía como factor accesorio causal la ocupación del enfermo y el descenso del hombro derecho.

Para curar los trastornos era pues necesario seccionar el escaleno

en su estructura y así fué como lo encontramos en nuestro caso al realizar la operación.

Por su parte Wingate Todd, fundándose en casos de costillas cervicales por él estudiados, piensa que las modificaciones esqueléticas que nos ocupan no pueden ser explicadas exclusivamente por anomalías en el desarrollo del plexo braquial y que hay muchos casos en que la mal formación de las arterias del cuello son las que determinan las anomalías de la primera costilla o la existencia de costillas cervicales.

Por otro lado, el mismo Todd ha explicado el hecho sin excepción hasta la fecha, de que la aparición de los primeros síntomas ligados a la

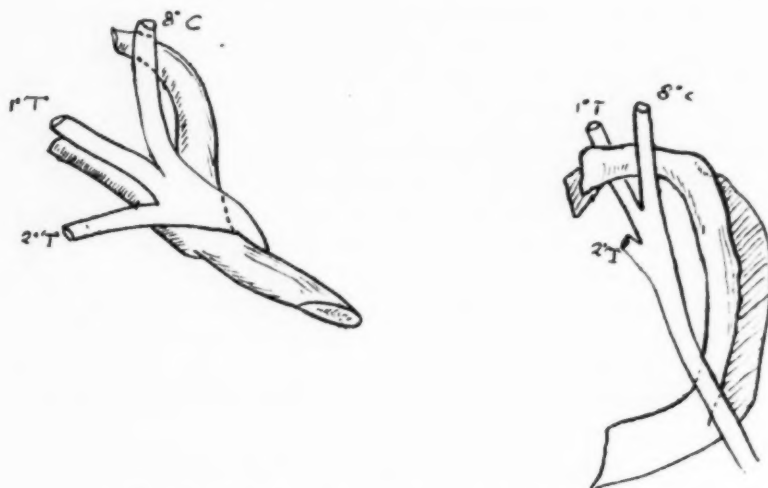


Fig. 6.—Relaciones anormales con la 1ª costilla:

atipia costal sobrevienen después de los 20 años, mediante el expediente confirmado de que hay un descenso gradual del hombro desde el nacimiento hasta la vejez. Esta tendencia es de curso exagerado cuando el individuo por razones de su oficio debe levantar cargas pesadas o tiene un débil desarrollo de los músculos torácicos que hace descender a veces mucho la cintura torácica superior. Por este mecanismo seguramente actuaban ciertos esfuerzos realizados por nuestro enfermo para desencade-

nar el trastorno asfíctico de la mano, ya que al hecho de tener el hombro bajo se sumaba la elevación de pesos sin apoyar el codo, lo que acentuaba la caída de aquel. Se ha demostrado además que en circunstancias semejantes sobreviene una contractura del escaleno que acarrea la elevación de la primera costilla en que se inserta y ésta elevación forzada actúa a su vez perpetuando la contractura escalénica haciendo perdurar la fricción y compresión de los elementos que se hallan entre las dos estructuras, al cerrarse un círculo vicioso.

Ahora bien, existiendo la disposición anómala de la primera costilla, los factores escalénico y del plexo, eficaces para traducir el sufrimiento vascular y nervioso en síntomas mediante los mecanismos invocados de fricción y compresión con los que coadyuvaban el descenso del hombro y el tipo de ocupación, falta solamente por explicar el por qué de la vasoconstricción en la mano en la cual intervinieron probables anomalías de los vasomotores.

En conexión con esto debe recordarse que Jones piensa haber demostrado que los síntomas vasculares resultan de la irritación de las fibras simpáticas del tronco más bajo del plexo braquial y esto ha adquirido mayor valor desde que Todd demostró que en los individuos normales las fibras simpáticas de los vasos sanguíneos del miembro superior van ya unidas a los cordones del plexo braquial al cruzarse estos con la primera costilla.

En una de cada ocho personas normales, las fibras simpáticas de los vasos sanguíneos del miembro superior, forman un paquete especial situado justamente bajo el último cordón del plexo braquial. Este cordón queda pues en casos como el nuestro, en condiciones ser irritado, al igual que en los individuos en que hay un marcado descenso del hombro.

En resumen, después del estudio de nuestro caso llegamos a la conclusión de que la primera costilla desencadenaba los trastornos ya señalados mediante fricción de la subclavia y del plexo y compresión de las mismas estructuras entre el escaleno y la primera costilla, probablemente también por compresión de la subclavia entre la primera costilla y la clavícula; y que intervenía como factor accesorio causal la ocupación del enfermo y el descenso del hombro derecho.

Para curar los trastornos era pues necesario seccionar el escaleno



Figura 7

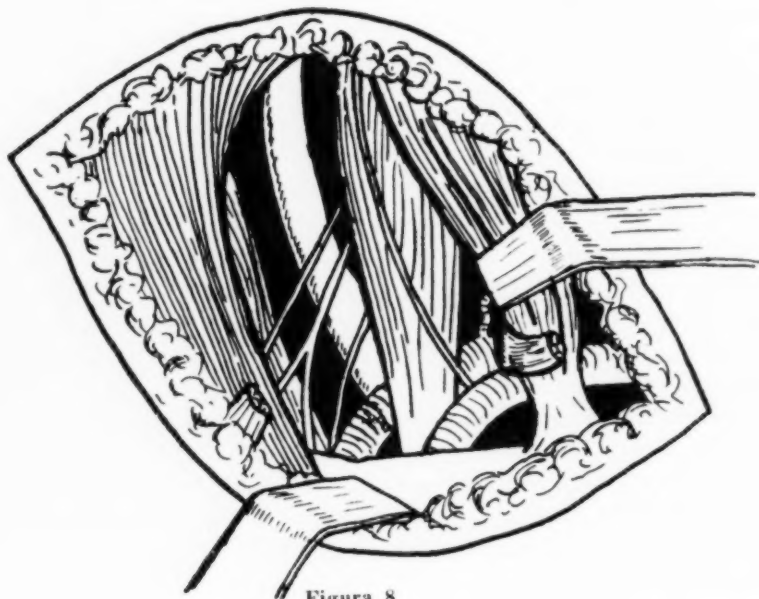


Figura 8

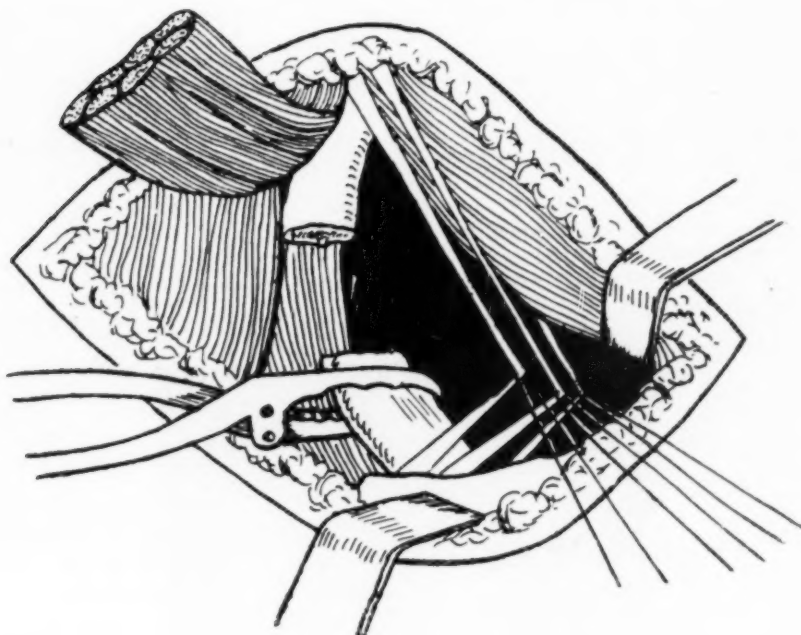


Figura 9

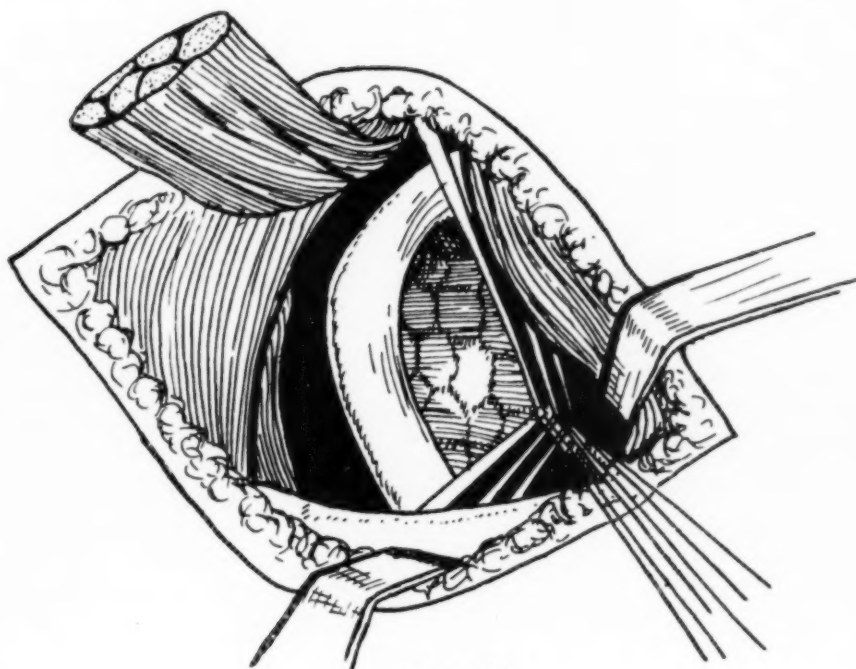


Figura 10

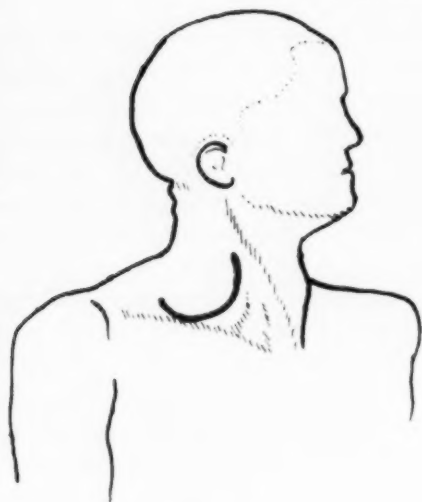


Figura 7

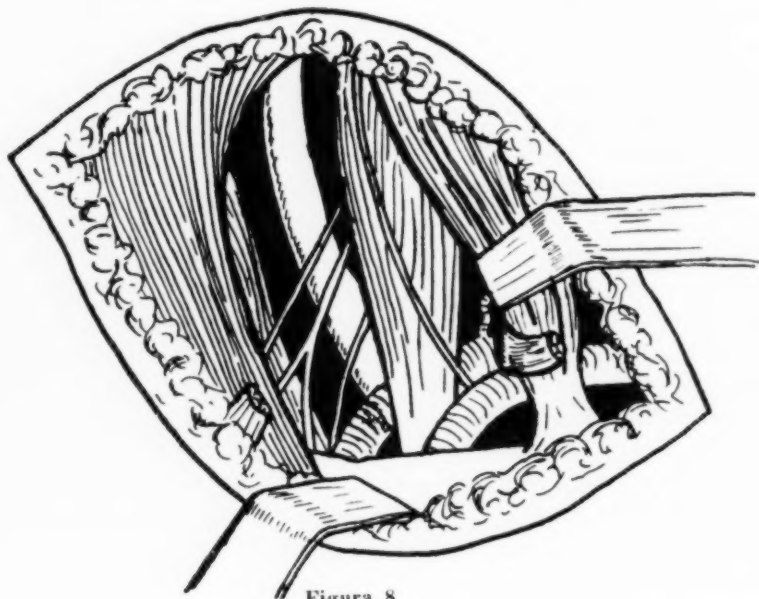


Figura 8

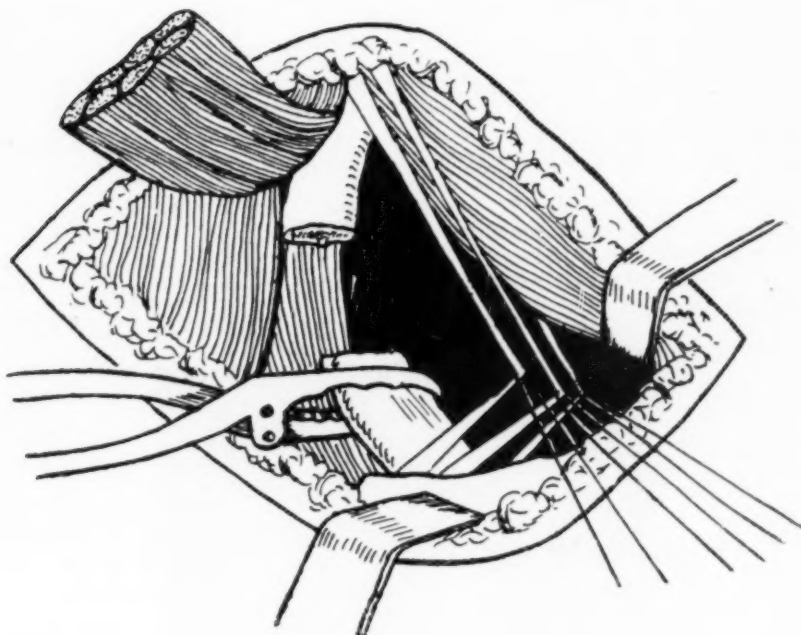


Figura 9

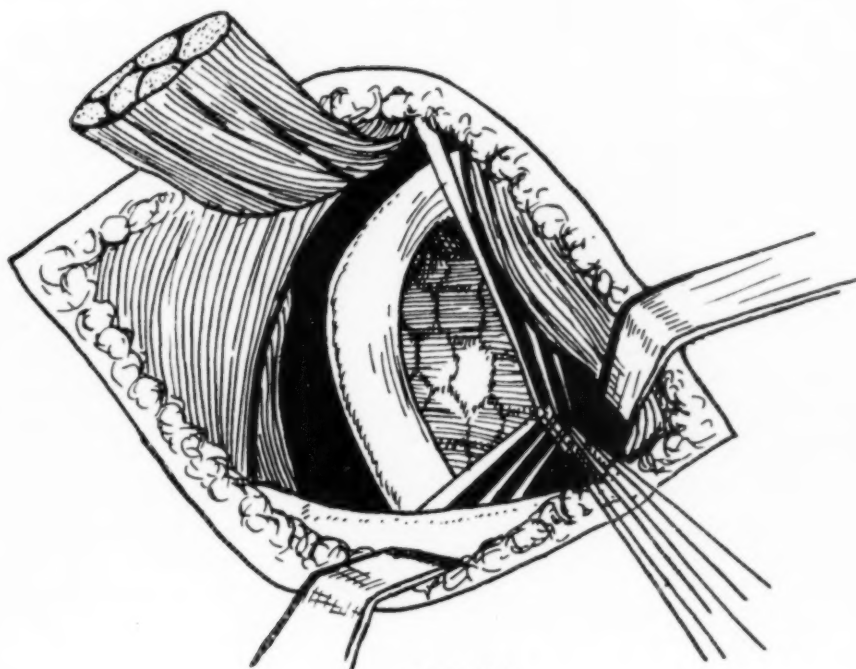


Figura 10

TRASTORNOS DEL MIEMBRO SUPERIOR POR ANOMALÍA DE LA COSTILLA

compresor y extirpar la primera costilla sobre la que se ejercía la acción del escaleno. Al eliminar la primera costilla seguramente desaparecía la asimetría de los hombros y curarían todos los síntomas al quitarles la causa que los provocaba.

Aunque estábamos seguros que la enfermedad no curaría con los ejercicios de Hansson para desarrollar los elevadores de la escápula,

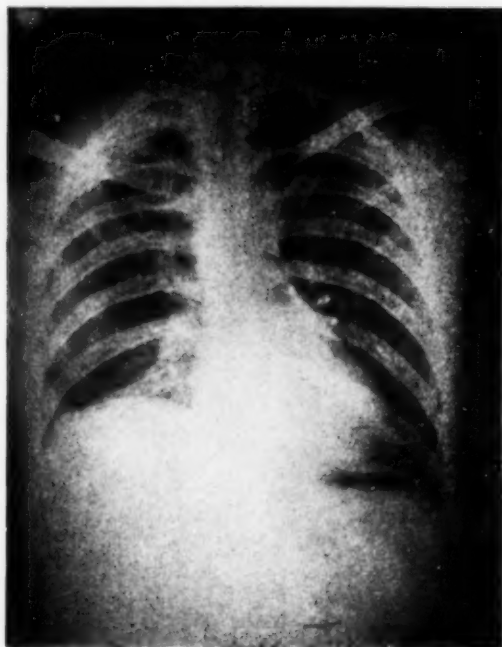


Figura 11

sometimos al enfermo a dichos ejercicios sin obtener más resultado que el observado al eliminar la influencia del oficio, por lo cual quedó decidida la intervención quirúrgica.

Con intubación traqueal y ciclopropano se trazó una incisión en semicircunferencia de convexidad externa desde el esternocleidomastoí-

deo hasta el trapecio, encontrando desde luego un rico plexo venoso y ausencia de la yugular externa. (Fig. 7).

Después de seccionar las aponeurosis cervicales superficial y media, se aisló un escaleno anterior muy angosto, sumamente tenso e insertado en la primera costilla un poco por fuera del lugar donde ésta se unía a la segunda. Quedaron entonces al descubierto la subclavia, el plexo braquial y profundamente la primera costilla. Esta, como de 15 centímetros de longitud, casi vertical, se implantaba arriba casi a la altura del cricoides y se unía a la parte media de la segunda por un mango fibroso que la inmovilizaba completamente. El escaleno comprimía fuertemente a la arteria de dirección casi vertical y al plexo con un cordón accesorio. (Fig. 8).

Se disecaron enseguida cuidadosamente la subclavia y sus ramas y el plexo braquial, se separó el frénico disecado hacia adentro, se seccionó el homioideo respetando el asa ascendente del hipogloso y después de despegar ampliamente el vértice pulmonar previo corte del ligamento suspensor de la pleura, se llevó a cabo la resección subperióstica de la primera costilla en toda su extensión, pasando por debajo de la arteria y plexo levantados con hebras de seda. Se suturó en un plano dejando un cigarrillo de canalización.

En la evolución post-operatoria, fuera de algunas parestesias motivadas por el manejo del plexo braquial, no hubo ningún incidente; desapareciendo hasta la fecha toda manifestación patológica aún existiendo las causas ocupacionales que las desencadenaban.

TRASTORNOS DEL MIEMBRO SUPERIOR POR ANOMALÍA DE LA COSTILLA

compresor y extirpar la primera costilla sobre la que se ejercía la acción del escaleno. Al eliminar la primera costilla seguramente desaparecía la asimetría de los hombros y curarían todos los síntomas al quitarles la causa que los provocaba.

Aunque estábamos seguros que la enfermedad no curaría con los ejercicios de Hansson para desarrollar los elevadores de la escápula,

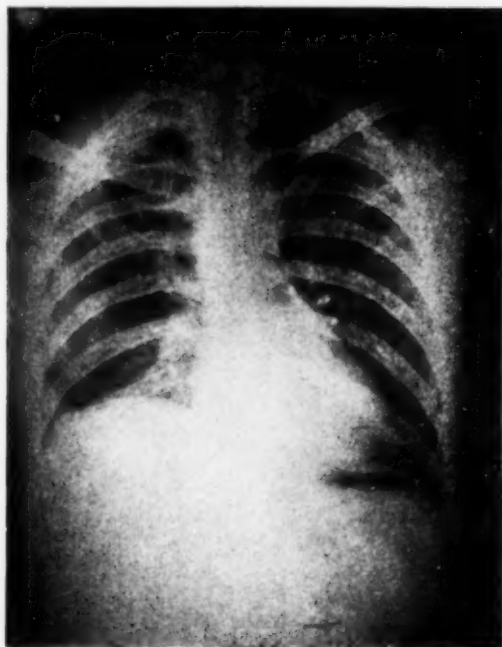


Figura 11

sometimos al enfermo a dichos ejercicios sin obtener más resultado que el observado al eliminar la influencia del oficio, por lo cual quedó decidida la intervención quirúrgica.

Con intubación traqueal y ciclopropano se trazó una incisión en semicircunferencia de convexidad externa desde el esternocleidomastoí-

deo hasta el trapecio, encontrando desde luego un rico plexo venoso y ausencia de la yugular externa. (Fig. 7).

Después de seccionar las aponeurosis cervicales superficial y media, se aisló un escaleno anterior muy angosto, sumamente tenso e insertado en la primera costilla un poco por fuera del lugar donde ésta se unía a la segunda. Quedaron entonces al descubierto la subclavia, el plexo braquial y profundamente la primera costilla. Esta, como de 15 centímetros de longitud, casi vertical, se implantaba arriba casi a la altura del cricoides y se unía a la parte media de la segunda por un mango fibroso que la inmovilizaba completamente. El escaleno comprimía fuertemente a la arteria de dirección casi vertical y al plexo con un cordón accesorio. (Fig. 8).

Se disecaron enseguida cuidadosamente la subclavia y sus ramas y el plexo braquial, se separó el frénico disecado hacia adentro, se seccionó el homioideo respetando el asa ascendente del hipogloso y después de despegar ampliamente el vértice pulmonar previo corte del ligamento suspensor de la pleura, se llevó a cabo la resección subperióstica de la primera costilla en toda su extensión, pasando por debajo de la arteria y plexo levantados con hebras de seda. Se suturó en un plano dejando un cigarrillo de canalización.

En la evolución post-operatoria, fuera de algunas parestesias motivadas por el manejo del plexo braquial, no hubo ningún incidente; desapareciendo hasta la fecha toda manifestación patológica aún existiendo las causas ocupacionales que las desencadenaban.

La Academia Mexicana de Cirugía^(*)

*Por el Académico Dr. Joaquín Correa C.
Vice-Presidente de la Academia.*

Sr. Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía.
Exmo. Sr. Embajador de Inglaterra,
Exmo. Sr. Embajador de Francia.
Sr. Rector de la Universidad Nacional A. de México,
Sr. Director de la Facultad de Medicina;
Sres. Representantes de las Academias y Sociedades Científicas de la
Capital
Señores Académicos,
Señoras y Señores:

Por disposición del Gobierno de esta Docta Corporación, voy a tener el privilegio inmerecido de ocupar vuestra atención por breves momentos, en ocasión de celebrar en esta noche la clausura del año académico de 1948.

Hace algunos años, y en esta misma tribuna, decía que el historial glorioso y los ideales bellos y fecundos de esta Institución, formaban un conjunto armonioso pleno de vigor y porvenir insospechados. Hoy la diosa Fortuna, me permite corroborar aquellas sentidas palabras, que en el presente, no son ya el deseo o el anhelo de visionario, sino la comprobación de hechos realizados cual prueba tangible del ideal inspirado en sinceros y nobles propósitos.

* Discurso pronunciado en la sesión solemne de clausura del año Académico de 1948, el día 30 de Noviembre de 1948.

Con alegría y entusiasmo confirmamos que la nobleza de propósitos, la fortaleza y la perseverancia en íntimo enlace al trabajo continuado y sin desmayo de dos grandes fuerzas, —una los directivos de todas las etapas de la Agrupación, y otra la de los señores Académicos—, han realizado la obra y no el milagro y levantando, cual faro sobre rocoso pedestal, el sólido y bello monumento que hoy constituye la Academia Mexicana de Cirugía.

Tres lustros de vigorosa y ardua tarea, han transcurrido desde que los cerebros creadores de esta Academia la plasmaron y al correr de los años sus esfuerzos han sido coronados del éxito más refulgente.

Vedla aquí, una Institución adulta, con los atributos y virtudes de la madurez la más excelsa bendición de la Naturaleza. Anteayer era tan solo un sueño; ayer una aventura ilusa; hoy una verdad; mañana será un axioma. Porque la vida siempre adelante, no retrocede, y el tiempo que la mide; es la esencia del conocimiento, de la experiencia y la sabiduría.

Año tras año, todos ustedes, señores Académicos —los ya ausentes por mandato de la vida y los presentes— esforzados paladines, habéis laborado sin desaliento ni cansancio, investigando, comprobando con indagaciones y más indagaciones, tamizando y volviendo a tamizar los resultados de todos los problemas tan arduos y profundos de la ciencia y el arte quirúrgicos, para poner vuestra técnica y vuestra experiencia al servicio y beneficio de enfermo, como ideal divino de vuestra alma de cirujano.

La tarea realizada en el ciclo que hoy termina, puede concebirse cual jornada plena de acervo científico y manantial de sabias enseñanzas encauzadas hacia el desarrollo de los vastos campos de la Cirugía.

El cumplimiento de los deberes reglamentarios se caracterizó en la presentación de 36 trabajos académicos en conjunción con los respectivos comentarios meditados con antelación a su lectura y que unidos a las comunicaciones presentadas en cada una de las Sesiones de Intercambio, por los cirujanos de los Estados de la República, que generalmente fueron 3 o 4 en cada sesión, constituyen ya un acervo de consideración, en tan corto lapso.

Variados temas, documentadas observaciones técnicas personales,

La Academia Mexicana de Cirugía^(*)

*Por el Académico Dr. Joaquín Correa C.
Vice-Presidente de la Academia.*

Sr. Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía.
Exmo. Sr. Embajador de Inglaterra,
Exmo. Sr. Embajador de Francia.
Sr. Rector de la Universidad Nacional A. de México,
Sr. Director de la Facultad de Medicina;
Sres. Representantes de las Academias y Sociedades Científicas de la
Capital
Señores Académicos,
Señoras y Señores:

Por disposición del Gobierno de esta Docta Corporación, voy a tener el privilegio inmerecido de ocupar vuestra atención por breves momentos, en ocasión de celebrar en esta noche la clausura del año académico de 1948.

Hace algunos años, y en esta misma tribuna, decía que el historial glorioso y los ideales bellos y fecundos de esta Institución, formaban un conjunto armonioso pleno de vigor y porvenir insospechados. Hoy la diosa Fortuna, me permite corroborar aquellas sentidas palabras, que en el presente, no son ya el deseo o el anhelo de visionario, sino la comprobación de hechos realizados cual prueba tangible del ideal inspirado en sinceros y nobles propósitos.

* Discurso pronunciado en la sesión solemne de clausura del año Académico de 1948, el día 30 de Noviembre de 1948.

Con alegría y entusiasmo confirmamos que la nobleza de propósitos, la fortaleza y la perseverancia en íntimo enlace al trabajo continuado y sin desmayo de dos grandes fuerzas, —una los directivos de todas las etapas de la Agrupación, y otra la de los señores Académicos—, han realizado la obra y no el milagro y levantando, cual faro sobre rocoso pedestal, el sólido y bello monumento que hoy constituye la Academia Mexicana de Cirugía.

Tres lustros de vigorosa y ardua tarea, han transcurrido desde que los cerebros creadores de esta Academia la plasmaron y al correr de los años sus esfuerzos han sido coronados del éxito más refulgente.

Vedla aquí, una Institución adulta, con los atributos y virtudes de la madurez la más excelsa bendición de la Naturaleza. Anteayer era tan solo un sueño; ayer una aventura ilusa; hoy una verdad; mañana será un axioma. Porque la vida siempre adelante, no retrocede, y el tiempo que la mide; es la esencia del conocimiento, de la experiencia y la sabiduría.

Año tras año, todos ustedes, señores Académicos —los ya ausentes por mandato de la vida y los presentes— esforzados paladines, habéis laborado sin desaliento ni cansancio, investigando, comprobando con indagaciones y más indagaciones, tamizando y volviendo a tamizar los resultados de todos los problemas tan arduos y profundos de la ciencia y el arte quirúrgicos, para poner vuestra técnica y vuestra experiencia al servicio y beneficio de enfermo, como ideal divino de vuestra alma de cirujano.

La tarea realizada en el ciclo que hoy termina, puede concebirse cual jornada plena de acervo científico y manantial de sabias enseñanzas encauzadas hacia el desarrollo de los vastos campos de la Cirugía.

El cumplimiento de los deberes reglamentarios se caracterizó en la presentación de 36 trabajos académicos en conjunción con los respectivos comentarios meditados con antelación a su lectura y que unidos a las comunicaciones presentadas en cada una de las Sesiones de Intercambio, por los cirujanos de los Estados de la República, que generalmente fueron 3 o 4 en cada sesión, constituyen ya un acervo de consideración, en tan corto lapso.

Variados temas, documentadas observaciones técnicas personales,

temas doctrinarios o filosóficos, expresión múltiple de problemas clínicos, estadísticas y nuevas concepciones o hipótesis a debate, fueron en síntesis los asuntos que ocuparon nuestra atención en las semanales sesiones de Academia.

En otro aspecto, la labor académica tuvo manifestación en la nutrida asistencia a las sesiones y actos reglamentarios, patentizándose así el cariño, entusiasmo y espíritu de colaboración para hacer grande y respetable nuestra Corporación, crisol en el que os habéis amalgamado y fundido y donde en verdadero concurso los distintos criterios, los diversos pensamientos, los variados sistemas o métodos de nuestro arte, junto con la humana sabiduría de todos los cirujanos, —los de dentro y los de fuera— habéis formado, a la manera de gemas preciosas, el joyel fastuoso que exorna esta noble Academia.

Es así como, este Cuerpo Colegiado realiza en la obra dentro de su propio ambiente, por el contacto íntimo y el intercambio eficaz entre sus componentes. En el claustro mediante la conferencia y el estudio, y el transporte al exterior de su acervo, utilizando su Revista "Cirugía y Cirujanos" y el libro, que perduran, construyen y permanecen.

Cuanto antecede no tendría su propio brillo en el ascendente progreso de la Institución, sin la labor trascendente del actual Cuerpo Directivo de la Academia. Labor serena, mesurada, apegada en todo momento al Estatuto, pero inteligente, dinámica y evolutiva de sus principales funcionarios, el Presidente Dn. José Aguilar Alvarez y los Secretarios Dn. José Torres Torija y Dn. Raúl Peña Treviño, que en mi concepto, son cerebro, corazón y médula de esta Academia, cálida y eficientemente secundados por los demás componentes de la Directiva, que comprometidos de su responsabilidad prosiguen la senda florida de los antiguos Cuerpos Directivos, hacia el acmé de la Corporación.

Es indudable que esta labor en generosa colaboración de Directivos y Académicos, tendrá siempre la fragancia y lozanía que ahora le son propias, mediante la unidad de un sistema de magnitudes cada vez mayores para la medida de nuestra propia y superior realización.

Esta Academia Mexicana de Cirugía, fiel y atenta a su programa de establecer, fomentar y ensanchar día a día los lazos de amistad e intercambio entre los cultores de la ciencia y arte quirúrgicos, realiza

fructíferas relaciones con las Instituciones similares a la nuestra, con anchurosos horizontes.

De una parte, y convencidos de que existe en el mundo actual una tendencia muy marcada en los cirujanos de todas las latitudes por conocer más a fondo, alejados de protocolos, el trabajo diario y la experiencia en cada país, —fenómeno del cual no se sustraen los cirujanos mexicanos, ni menos esta Agrupación—, en el presente año y para satisfacción nuestra, tuvimos como Embajadores Científicos, a varios de nuestros Co-Académicos, quienes realizaron meritisima labor en diversos centros Académicos de Europa, llevando nuestro saludo a las Academias de Madrid, Barcelona, París, Londres, Roma y Bruselas. En esta comisión actuaron brillantemente, los Académicos López Esnaurrizar, Fonseca, Meléndez, Paulin, Valdés Villareal y Manzanilla.

Como coronamiento de esta magnífica labor, en esta velada de gala, la Academia recibirá en su seno, otorgándoles el Diploma de Académicos Correspondientes Extranjeros, a cuatro cirujanos Europeos de tanta internacional y preciaros exponentes de la Cirugía Universal. Son ellos el Profesor Pierre Brocq, Presidente de la Academia de Cirugía de París y luminar de la Cirugía en Francia. El profesor Sir Alfred Webb Johnson, Presidente del Noble y famoso Royal College of Surgeons of England, y sabio cirujano de la heroica Gran Bretaña. El Profesor Dn. Julián de la Villa, Presidente de la Academia de Madrid y cirujano español de elevada personalidad científica y el Profesor Dn. José María de Rementería, Secretario General de la Academia de Cirugía de Madrid y cirujano de gran relieve internacional.

El solo nombre de estos sabios Europeos, que hoy nos acompañan en espíritu y cuya persona está representada gentilmente por sus Excelencias los señores Embajadores de Francia e Inglaterra y el Sr. Director del Sanatorio Español, que con su presencia convierten este acto cultural sencillo, en brillante y emotivo.

Excelentísimos Señores Embajadores de Francia e Inglaterra y Excelentísimo representante de los cirujanos de la Madre Patria, en nombre de la Academia Mexicana de Cirugía, os pido la gracia de hacer llegar a las Academias de Cirugía de París Londres y Madrid y a los cirujanos de vuestros Países plenos de historial legendario y grandiosos

temas doctrinarios o filosóficos, expresión múltiple de problemas clínicos, estadísticas y nuevas concepciones o hipótesis a debate, fueron en síntesis los asuntos que ocuparon nuestra atención en las semanales sesiones de Academia.

En otro aspecto, la labor académica tuvo manifestación en la nutrida asistencia a las sesiones y actos reglamentarios, patentizándose así el cariño, entusiasmo y espíritu de colaboración para hacer grande y respetable nuestra Corporación, crisol en el que os habéis amalgamado y fundido y donde en verdadero concurso los distintos criterios, los diversos pensamientos, los variados sistemas o métodos de nuestro arte, junto con la humana sabiduría de todos los cirujanos, —los de dentro y los de fuera— habéis formado, a la manera de gemas preciosas, el joyel fastuoso que exorna esta noble Academia.

Es así como, este Cuerpo Colegiado realiza en la obra dentro de su propio ambiente, por el contacto íntimo y el intercambio eficaz entre sus componentes. En el claustro mediante la conferencia y el estudio, y el transporte al exterior de su acervo, utilizando su Revista "Cirugía y Cirujanos" y el libro, que perduran, construyen y permanecen.

Cuanto antecede no tendría su propio brillo en el ascendente progreso de la Institución, sin la labor trascendente del actual Cuerpo Directivo de la Academia. Labor serena, mesurada, apegada en todo momento al Estatuto, pero inteligente, dinámica y evolutiva de sus principales funcionarios, el Presidente Dn. José Aguilar Alvarez y los Secretarios Dn. José Torres Torija y Dn. Raúl Peña Treviño, que en mi concepto, son cerebro, corazón y médula de esta Academia, cálida y eficientemente secundados por los demás componentes de la Directiva, que comprometidos de su responsabilidad prosiguen la senda florida de los antiguos Cuerpos Directivos, hacia el acmé de la Corporación.

Es indudable que esta labor en generosa colaboración de Directivos y Académicos, tendrá siempre la fragancia y lozanía que ahora le son propias, mediante la unidad de un sistema de magnitudes cada vez mayores para la medida de nuestra propia y superior realización.

Esta Academia Mexicana de Cirugía, fiel y atenta a su programa de establecer, fomentar y ensanchar día a día los lazos de amistad e intercambio entre los cultores de la ciencia y arte quirúrgicos, realiza

fructíferas relaciones con las Instituciones similares a la nuestra, con anchurosos horizontes.

De una parte, y convencidos de que existe en el mundo actual una tendencia muy marcada en los cirujanos de todas las latitudes por conocer más a fondo, alejados de protocolos, el trabajo diario y la experiencia en cada país, —fenómeno del cual no se sustraen los cirujanos mexicanos, ni menos esta Agrupación—, en el presente año y para satisfacción nuestra, tuvimos como Embajadores Científicos, a varios de nuestros Co-Académicos, quienes realizaron meritisima labor en diversos centros Académicos de Europa, llevando nuestro saludo a las Academias de Madrid, Barcelona, París, Londres, Roma y Bruselas. En esta comisión actuaron brillantemente, los Académicos López Esnaurrizar, Fonseca, Meléndez, Paulin, Valdés Villareal y Manzanilla.

Como coronamiento de esta magnífica labor, en esta velada de gala, la Academia recibirá en su seno, otorgándoles el Diploma de Académicos Correspondientes Extranjeros, a cuatro cirujanos Europeos de tanta internacional y preciaros exponentes de la Cirugía Universal. Son ellos el Profesor Pierre Brocq, Presidente de la Academia de Cirugía de París y luminar de la Cirugía en Francia. El profesor Sir Alfred Webb Johnson, Presidente del Noble y famoso Royal College of Surgeons of England, y sabio cirujano de la heroica Gran Bretaña. El Profesor Dn. Julián de la Villa, Presidente de la Academia de Madrid y cirujano español de elevada personalidad científica y el Profesor Dn. José María de Rementería, Secretario General de la Academia de Cirugía de Madrid y cirujano de gran relieve internacional.

El solo nombre de estos sabios Europeos, que hoy nos acompañan en espíritu y cuya persona está representada gentilmente por sus Excelencias los señores Embajadores de Francia e Inglaterra y el Sr. Director del Sanatorio Español, que con su presencia convierten este acto cultural sencillo, en brillante y emotivo.

Excelentísimos Señores Embajadores de Francia e Inglaterra y Excelentísimo representante de los cirujanos de la Madre Patria, en nombre de la Academia Mexicana de Cirugía, os pido la gracia de hacer llegar a las Academias de Cirugía de París Londres y Madrid y a los cirujanos de vuestros Países plenos de historial legendario y grandiosos

DR. JOAQUÍN CORREA C.

en la Paz y en la Ciencia, el saludo cordial efusivo y fraterno de esta Institución.

Este saludo lleva toda nuestra fé en los altos destinos de nuestros Países y alienta en su esencia el anhelo espiritual de identificación sincera de los ideales de los cirujanos de Francia Inglaterra, España México, y lleven ustedes presente, que el desinterés supremo caldeado por el fuego de los sentimientos de amistad y simpatía que brota necesariamente entre seres afines perseguidores de la verdad, la verdad científica que salva los obstáculos del tiempo y el espacio que salva las fronteras y el escollo de la diversidad de lenguas y razas y que hizo exclamar al genio de Pasteur "La ciencia no tiene patria ni fronteras", pero que hace convertir a todos los que en descubrirla se afanan, en seres dotados de una misma superioridad y desinterés, el desinterés supremo y divino de la confraternidad y la amistad entre seres afines, pleyade de hombres al servicio de la humanidad en defensa de la vida humana cuyo espíritu de renovación superadora tiende hacia un plano mental más elevado nutrido en intensa intelectualidad y amor una más verdadera y propia cultura.

México, D. F., noviembre 30 de 1948.

Dr. Joaquín Correa Cedillo.

Señor Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía.

Señores Representantes de Sociedades Científicas.

Señores Académicos, señores y señoras:

En acatamiento a lo dispuesto en el artículo 10o. del Capítulo V de nuestro Reglamento, tengo el agrado de presentar a ustedes a reseña de las labores realizadas en el año que hoy termina, 15o. de la vida de la Academia Mexicana de Cirugía.

La actividad normal de ésta, desarrollada en el ambiente tranquilo de 28 sesiones semanales, nos permitió escuchar a los Académicos en cuatro trabajos sobre ginecología y obstetricia, ocho de gastro-enterología y cirugía de vientre, seis sobre ortopedia y cirugía huesosa; tres sobre cáncer; dos del aparato genito-urinario, tres del circulatorio, uno

del sistema nervioso y nueve sobre diversos temas. De tales trabajos, 15 tuvieron comentario oficial y los restantes comentario y discusión libres. La información detallada que di el martes pasado y el anexar una lista de los mismos a este informe, me hace, en obvio de tiempo, no citar detalladamente títulos y autores. Deseo empero, hacer hincapié en la acuciosidad que el señor Dr. Raúl Peña Treviño, Académico Secretario Bisanual, puso para cubrir los programas semanarios y su acierto para que éstos se cumplieran.

Además de las sesiones reglamentarias y contando la de hoy, se han celebrado tres solemnes: la primera del Año Académico en la que los Presidentes saliente y entrante, Dres. Gustavo Gómez Azcárate y José Aguilar Álvarez, expresaron, el primer en sencillas y sinceras palabras la síntesis de los trabajos realizados durante su gestión, y el segundo exponiendo en vibrantes conceptos el programa por desarrollar y la noble dignidad del Arte Quirúrgico. En la de aniversario la sólida cultura y el pensamiento noble de Gastélum al par que la diáfana palabra y el concepto categórico de Zuckermann dieron singular relieve a la sesión. En la de hoy escucharemos la atildada y serena de nuestro Vice-Presidente, el Dr. Correa. El martes pasado se celebró una Asamblea General y una Sesión Secreta a la cual hay que añadir otra celebrada con anterioridad. El Gobierno de la Academia, atento al ritmo vital de la misma, tuvo siete reuniones en las que, además de los problemas de índole habitual, se estudió y resolvió con la colaboración atiniente del Dr. Fonseca, Director de Publicaciones, la manera de dar mejor presentación y distribuir correcta y oportunamente el periódico de la Academia. Para realizar ambos propósitos, se firmó un contrato con el señor Marceliano León, persona muy capacitada en asuntos de publicidad. Los señores Académicos han recibido ya el primer número de "Cirugía y Cirujanos" con las modificaciones aprobadas que habrán de mejorar también las condiciones económicas de nuestra Corporación por las que ha conducido con honesta tenacidad el Académico Tesorero, Dr. Luis Benítez Soto.

En las propias sesiones del Cuerpo Directivo, se planearon actividades referentes al mantenimiento y aumento de las relaciones que nuestra Academia ha tenido con los Cirujanos de toda la República. Se acor-

DR. JOAQUÍN CORREA C.

en la Paz y en la Ciencia, el saludo cordial efusivo y fraterno de esta Institución.

Este saludo lleva toda nuestra fé en los altos destinos de nuestros Países y alienta en su esencia el anhelo espiritual de identificación sincera de los ideales de los cirujanos de Francia Inglaterra, España México, y lleven ustedes presente, que el desinterés supremo caldeado por el fuego de los sentimientos de amistad y simpatía que brota necesariamente entre seres afines perseguidores de la verdad, la verdad científica que salva los obstáculos del tiempo y el espacio que salva las fronteras y el escollo de la diversidad de lenguas y razas y que hizo exclamar al genio de Pasteur "La ciencia no tiene patria ni fronteras", pero que hace convertir a todos los que en descubrirla se afanan, en seres dotados de una misma superioridad y desinterés, el desinterés supremo y divino de la confraternidad y la amistad entre seres afines, pleyade de hombres al servicio de la humanidad en defensa de la vida humana cuyo espíritu de renovación superadora tiende hacia un plano mental más elevado nutrido en intensa intelectualidad y amor una más verdadera y propia cultura.

México, D. F., noviembre 30 de 1948.

Dr. Joaquín Correa Cedillo.

Señor Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía.

Señores Representantes de Sociedades Científicas.

Señores Académicos, señores y señoras:

En acatamiento a lo dispuesto en el artículo 10o. del Capítulo V de nuestro Reglamento, tengo el agrado de presentar a ustedes a reseña de las labores realizadas en el año que hoy termina, 15o. de la vida de la Academia Mexicana de Cirugía.

La actividad normal de ésta, desarrollada en el ambiente tranquilo de 28 sesiones semanales, nos permitió escuchar a los Académicos en cuatro trabajos sobre ginecología y obstetricia, ocho de gastro-enterología y cirugía de vientre, seis sobre ortopedia y cirugía huesosa; tres sobre cáncer; dos del aparato genito-urinario, tres del circulatorio, uno

del sistema nervioso y nueve sobre diversos temas. De tales trabajos, 15 tuvieron comentario oficial y los restantes comentario y discusión libres. La información detallada que di el martes pasado y el anexar una lista de los mismos a este informe, me hace, en obvio de tiempo, no citar detalladamente títulos y autores. Deseo empero, hacer hincapié en la acuciosidad que el señor Dr. Raúl Peña Treviño, Académico Secretario Bisanual, puso para cubrir los programas semanarios y su acierto para que éstos se cumplieran.

Además de las sesiones reglamentarias y contando la de hoy, se han celebrado tres solemnes: la primera del Año Académico en la que los Presidentes saliente y entrante, Dres. Gustavo Gómez Azcárate y José Aguilar Álvarez, expresaron, el primer en sencillas y sinceras palabras la síntesis de los trabajos realizados durante su gestión, y el segundo exponiendo en vibrantes conceptos el programa por desarrollar y la noble dignidad del Arte Quirúrgico. En la de aniversario la sólida cultura y el pensamiento noble de Gastélum al par que la diáfana palabra y el concepto categórico de Zuckermann dieron singular relieve a la sesión. En la de hoy escucharemos la atildada y serena de nuestro Vice-Presidente, el Dr. Correa. El martes pasado se celebró una Asamblea General y una Sesión Secreta a la cual hay que añadir otra celebrada con anterioridad. El Gobierno de la Academia, atento al ritmo vital de la misma, tuvo siete reuniones en las que, además de los problemas de índole habitual, se estudió y resolvió con la colaboración atiniente del Dr. Fonseca, Director de Publicaciones, la manera de dar mejor presentación y distribuir correcta y oportunamente el periódico de la Academia. Para realizar ambos propósitos, se firmó un contrato con el señor Marceliano León, persona muy capacitada en asuntos de publicidad. Los señores Académicos han recibido ya el primer número de "Cirugía y Cirujanos" con las modificaciones aprobadas que habrán de mejorar también las condiciones económicas de nuestra Corporación por las que ha conducido con honesta tenacidad el Académico Tesorero, Dr. Luis Benítez Soto.

En las propias sesiones del Cuerpo Directivo, se planearon actividades referentes al mantenimiento y aumento de las relaciones que nuestra Academia ha tenido con los Cirujanos de toda la República. Se acor-

dó así el que continuaran haciéndose las sesiones de intercambio que en número de cuatro se han realizado en este año: la primera en el mes de marzo con los médicos del Estado de Hidalgo, la segunda con los de Puebla en el mes de junio, la tercera en septiembre con los de León y finalmente, la cuarta en el mes de octubre con los de Monterrey. En tales reuniones y en un ambiente de la mayor cordialidad fueron presentados nueve trabajos.

Cuidó también el Cuerpo Directivo de la Academia de mantener vivas lo que pudiéramos llamar Relaciones Exteriores, tanto con sociedades y agrupaciones del país, como con las extranjeras. Para ello nombró representantes para las siguientes reuniones: 6a. Asamblea Internacional del Colegio Internacional de Cirugía, que tuvo lugar en la Ciudad de Roma en mayo del año en curso, a los señores Académicos Francisco Fonseca, Manuel A. Manzanilla, Miguel López Esnaurrizar y Esteban Paulín; a la Universidad de París, a las Academias de Cirugía de la misma ciudad, de la de Madrid y del Royal College of Surgeons de Londres a Académico Miguel López Esnaurrizar. Octava Asamblea Nacional de Cirujanos: a los Dres. Clemente Robles, Luis Carrillo Azcárate y Manuel Pesqueira; Primer Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia que deberá celebrarse en mayo del próximo año, a los Dres. Manuel J. Castillejos y Luis Carrillo Azcárate y para el Comité Pro-Unificación de Cuerpo Médico Mexicano, también al Dr. Académico Carrillo Azcárate y a los Sres Dres. José Aguilar Alvarez y Raul Peña Treviño. Debe señalar la destacada actuación de nuestros representantes en los eventos científicos ya realizados y el feliz resultado de las visitas de algunos de ellos al extranjero. Reflejo de la estimación que la Academia Mexicana de Cirugía tiene en el extranjero, lo constituyen los interesantes trabajos que algunos de nuestros Académicos correspondientes han enviado, entre los que cabe citar en lugar preferente el del Profesor Bastianelli de Roma sobre la cura radical del cancer del recto; el del Dr. Domingo Prat de Montevideo, sobre la reconstitución del tránsito gastro intestinal por gastrectomía; la visita de los señores Alfredo Sardiñas, de la Habana y de nuestro viejo amigo el distinguido cirujano argentino Pablo L. Mirizzi, quienes disertaron respectivamente sobre consideraciones a propósito de las sinfisiotomías y síndrome del conduc-

LA ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGÍA

to hepático. En esta noche afirmamos una vez más nuestras relaciones col prominentes cirujanos extranjeros, con la entrega de sendos diplomas.

El señor Dr. Emilio Varela solicitó y obtuvo su cambio de Académico Fundador, anónimo.

Tuvimos a pena de perder en el transcurso del año Académico a los señores Dr. Roscoe E. Grahm, de Toronto, Canadá y Dr. Alberto Vargas, correspondiente de la ciudad de Oaxaca. Quiero tributar a este último un cariñoso y efusivo recuerdo: El Dr. Vargas, por sus magníficas dotes intelectuales y morales, fué un conspicuo exponente del alma de Oaxaca; médico con amplia cultura, cirujano prudente, orador de altos vuelos, poeta y artista en el más amplio sentido de la palabra, no olvidaremos lo que para nosotros fué en las dos ocasiones que tuvimos la fortuna de visitar la vieja Antequera.

La sucinta reseña de los hechos anteriormente apuntados, da una idea clara de que nuestra Academia sigue conservando su vigor y entusiasmo que esperamos será acrecentado siempre mediante la colaboración de todos sus amigos y componentes.

México, D. F., 30 de noviembre de 1948

DR. JOSE TORRES TORIJA
SECRETARIO PERPETUO

* Informe leído en la Sesión de clausura celebrada la noche del 30 de Noviembre de 1948, en el Salón de Actos de la Facultad de Medicina.

dó así el que continuaran haciéndose las sesiones de intercambio que en número de cuatro se han realizado en este año: la primera en el mes de marzo con los médicos del Estado de Hidalgo, la segunda con los de Puebla en el mes de junio, la tercera en septiembre con los de León y finalmente, la cuarta en el mes de octubre con los de Monterrey. En tales reuniones y en un ambiente de la mayor cordialidad fueron presentados nueve trabajos.

Cuidó también el Cuerpo Directivo de la Academia de mantener vivas lo que pudiéramos llamar Relaciones Exteriores, tanto con sociedades y agrupaciones del país, como con las extranjeras. Para ello nombró representantes para las siguientes reuniones: 6a. Asamblea Internacional del Colegio Internacional de Cirugía, que tuvo lugar en la Ciudad de Roma en mayo del año en curso, a los señores Académicos Francisco Fonseca, Manuel A. Manzanilla, Miguel López Esnaurrizar y Esteban Paulín; a la Universidad de París, a las Academias de Cirugía de la misma ciudad, de la de Madrid y del Royal College of Surgeons de Londres a Académico Miguel López Esnaurrizar. Octava Asamblea Nacional de Cirujanos: a los Dres. Clemente Robles, Luis Carrillo Azcárate y Manuel Pesqueira; Primer Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia que deberá celebrarse en mayo del próximo año, a los Dres. Manuel J. Castillejos y Luis Carrillo Azcárate y para el Comité Pro-Unificación de Cuerpo Médico Mexicano, también al Dr. Académico Carrillo Azcárate y a los Sres Dres. José Aguilar Alvarez y Raul Peña Treviño. Debe señalar la destacada actuación de nuestros representantes en los eventos científicos ya realizados y el feliz resultado de las visitas de algunos de ellos al extranjero. Reflejo de la estimación que la Academia Mexicana de Cirugía tiene en el extranjero, lo constituyen los interesantes trabajos que algunos de nuestros Académicos correspondientes han enviado, entre los que cabe citar en lugar preferente el del Profesor Bastianelli de Roma sobre la cura radical del cancer del recto; el del Dr. Domingo Prat de Montevideo, sobre la reconstitución del tránsito gastro intestinal por gastrectomía; la visita de los señores Alfredo Sardiñas, de la Habana y de nuestro viejo amigo el distinguido cirujano argentino Pablo L. Mirizzi, quienes disertaron respectivamente sobre consideraciones a propósito de las sinfisiotomías y síndrome del conduc-

LA ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGÍA

to hepático. En esta noche afirmamos una vez más nuestras relaciones col prominentes cirujanos extranjeros, con la entrega de sendos diplomas.

El señor Dr. Emilio Varela solicitó y obtuvo su cambio de Académico Fundador, anónimo.

Tuvimos a pena de perder en el transcurso del año Académico a los señores Dr. Roscoe E. Grahm, de Toronto, Canadá y Dr. Alberto Vargas, correspondiente de la ciudad de Oaxaca. Quiero tributar a este último un cariñoso y efusivo recuerdo: El Dr. Vargas, por sus magníficas dotes intelectuales y morales, fué un conspicuo exponente del alma de Oaxaca; médico con amplia cultura, cirujano prudente, orador de altos vuelos, poeta y artista en el más amplio sentido de la palabra, no olvidaremos lo que para nosotros fué en las dos ocasiones que tuvimos la fortuna de visitar la vieja Antequera.

La sucinta reseña de los hechos anteriormente apuntados, da una idea clara de que nuestra Academia sigue conservando su vigor y entusiasmo que esperamos será acrecentado siempre mediante la colaboración de todos sus amigos y componentes.

México, D. F., 30 de noviembre de 1948

DR. JOSE TORRES TORIJA
SECRETARIO PERPETUO

* Informe leído en la Sesión de clausura celebrada la noche del 30 de Noviembre de 1948, en el Salón de Actos de la Facultad de Medicina.

ROBUDEN

ROBUDEN "G" (Ampolletas) Reg. No. 30844 S. S. A.
Para úlcera gástrica.

ROBUDEN "D" (Ampolletas) Reg. No. 30851 S. S. A.
Para úlcera duodenal.

ROBUDEN GRAGEAS Reg. No. 30845 S. S. A.
Para ambas úlceras.

Unicos representantes para la República Mexicana:

De los Laboratorios Robapharm de Basilea (Suiza)

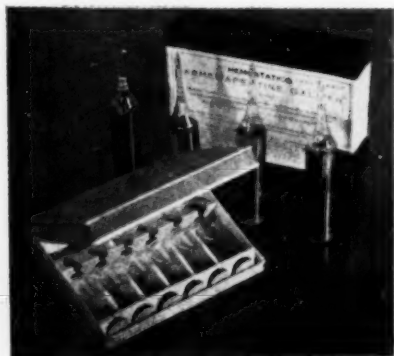
LABORATORIOS ALBAMEX, S. A.

QUERETARO No. 28.

— MEXICO, D. F.

ARHEMAPECTINE

GALLIER



**HEMOSTATICO PODEROSO POR
COAGULACION A BASE DE PECTINA**

Caja de 4 amps. de 20 c. c.
Caja de 6 amps. de 5 c. c.

**COMPLETAMENTE ATOXICO Y EXCENTO
DE SHOCK. TOLERANCIA PERFECTA.
NINGUNA CONTRAINDICACION**

Este medicamento es de empleo delicado

Reg. Núm. 5930 D. S. P.

Prop. Núm. 1990

ESTABLECIMIENTOS MAX ABBAT S. A.

RHIN NUM. 37

MEXICO, D. F.

ENTEROFTALIL TABLETAS Adultos

FORMULA:

Cada tableta contiene:

Ftalilsulfatiazol	0.50 g.
Acido ascórbico (Vitamina C 400 U. I.)	0.02 ..
2-metil-1-4-naftoquinona (Vit. K)	0.001 ..
Levadura de cerveza como excipiente, c. s. p.	0.74 ..

ANTISEPTICO CONTRA DISENTERIA BACILAR, ENTEROCOCOS, ESTREPTOCOCOS, ESTAFILOCOCOS Y GERMESES DE LA PUTREFACCION Y DE LA FERMENTACION

Reg. Núm. 27955 S. S. A.

ENTEROFTALIL TABLETAS Infantil

FORMULA:

Cada tableta contiene:

Ftalilsulfatiazol	0.20 g.
Acido ascórbico (Vitamina C 400 U. I.)	0.02 ..
2-metil-1-4-naftoquinona (Vit. K)	0.001 ..
Levadura de cerveza como excipiente, c. s. p.	0.40 ..

ANTISEPTICO CONTRA DISENTERIA BACILAR, ENTEROCOCOS, ESTREPTOCOCOS, ESTAFILOCOCOS Y GERMESES DE LA PUTREFACCION Y DE LA FERMENTACION

Reg. Núm. 27955 S. S. A.

LABORATORIOS FUSTERY, S. A.

LIVERPOOL No. 155.

TEL. 14-32-46

MEXICO, D. F.

RESERVADO

ROBUDEN

ROBUDEN "G" (Ampolletas) Reg. No. 30844 S. S. A.
Para úlcera gástrica.

ROBUDEN "D" (Ampolletas) Reg. No. 30851 S. S. A.
Para úlcera duodenal.

ROBUDEN GRAGEAS Reg. No. 30845 S. S. A.
Para ambas úlceras.

Unicos representantes para la República Mexicana:

De los Laboratorios Robapharm de Basilea (Suiza)

LABORATORIOS ALBAMEX, S. A.

QUERETARO No. 28.

— MEXICO, D. F.

ARHEMAPECTINE

GALLIER

**HEMOSTATICO PODEROSO POR
COAGULACION A BASE DE PECTINA**

Caja de 4 amps. de 20 c. c.
Caja de 6 amps. de 5 c. c.

**COMPLETAMENTE ATOXICO Y EXCENTO
DE SHOCK. TOLERANCIA PERFECTA.
NINGUNA CONTRAINDICACION**

Este medicamento es de empleo delicado

Reg. Núm. 5930 D. S. P.

Prop. Núm. 1990



ESTABLECIMIENTOS MAX ABBAT S. A.

RHIN NUM. 37

MEXICO, D. F.

ENTEROFTALIL TABLETAS Adultos**FORMULA:**

Cada tableta contiene:

Ftalilsulfatiazol	0.50 g.
Acido ascórbico (Vitamina C 400 U. I.)	0.02 ..
2-metil-1-4-naftoquinona (Vit. K)	0.001 ..
Levadura de cerveza como excipiente, c. s. p.	0.74 ..

ANTISEPTICO CONTRA DISENTERIA BACILAR, ENTEROCOCOS, ESTREPTOCOCOS, ESTAFILOCOCOS Y GERMESES DE LA PUTREFACCION Y DE LA FERMENTACION

Reg. Núm. 27955 S. S. A.

ENTEROFTALIL TABLETAS Infantil**FORMULA:**

Cada tableta contiene:

Ftalilsulfatiazol	0.20 g.
Acido ascórbico (Vitamina C 400 U. I.)	0.02 ..
2-metil-1-4-naftoquinona (Vit. K)	0.001 ..
Levadura de cerveza como excipiente, c. s. p.	0.40 ..

ANTISEPTICO CONTRA DISENTERIA BACILAR, ENTEROCOCOS, ESTREPTOCOCOS, ESTAFILOCOCOS Y GERMESES DE LA PUTREFACCION Y DE LA FERMENTACION

Reg. Núm. 27955 S. S. A.

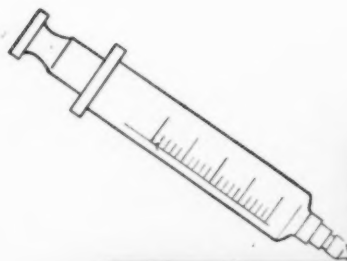
LABORATORIOS FUSTERY, S. A.

LIVERPOOL No. 155.

TEL. 14-32-46

MEXICO, D. F.

R E S E R V A D O



**para
anestesia
intravenosa**

Más de 1,100 artículos publicados en las revistas médicas de mayor prestigio mundial, sobre el empleo de la anestesia intravenosa con Pentothal Sódico, constituyen una guía segura para los cirujanos y los anestesiólogos, que abarca en detalle todas las fases de esta importante droga, incluyendo sus indicaciones y contraindicaciones, sus ventajas e inconvenientes, las precauciones que deben observarse, y finalmente, la técnica general de administración.

El Pentothal Sódico para anestesia intravenosa, se ofrece en ampollitas de 0.5 y 1 gm., en cajas de 25 ampollitas, o en paquetes combinados que contienen 0.5 gm. de Pentothal y 50 cm³ de agua químicamente pura, o 1 gm. de Pentothal y 10 cm³ de agua q. p., ambos en cajas de 25 y 10 paquetes. Puede obtenerse en las principales farmacias de las Américas.



pentothal[®] Sódico

MARCA REGISTRADA

(Tropental Sódico, Abbott)

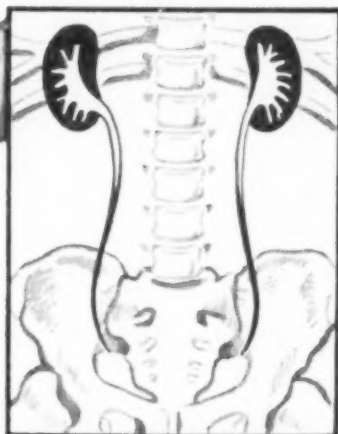
En Brasil: *Thiopental*

Abbott

LABORATORIES DE MEXICO, S. A.

NOSYLAN^{M.R.}

LA MAYOR PARTE DEL EXITO DE LA UROGRAFIA
POR VIA ENDOVENOSA DEPENDE . . .
. . . DEL MEDIO RADIO-OPACO EMPLEADO



Reg. No. 25569 S. S. A.

Prop. 22755

El NOSYLAN es altamente satisfactorio porque:

Es efectivo a dosis relativamente pequeñas . . .

Es rápidamente excretado a una alta concentración . . .

Produce sombras bien delineadas, claras y densas . . .

Permite inyectarlo a baja concentración relativa . . .

Es bien tolerado local y generalmente . . .

En la mayoría de los casos el NOSYLAN, administrado a dosis efectivas, no da lugar a reacciones desagradables.

Literatura exclusiva para médicos

MANUFACTURADO POR

Winthrop Products Inc. New York, N. Y., E. U. A.

Laboratorios en Rensselaer, N. Y., E. U. A.

Representantes:

The Sydney Ross Co., S. A.

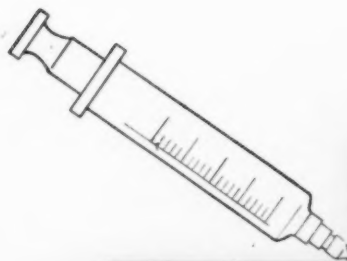
Alabama 59

México, D. F.

Tels: 11-95-50 37-24-30



MEDICAMENTOS PREPARADOS CIENTIFICAMENTE Y DEDICADOS AL SERVICIO MEDICO



**para
anestesia
intravenosa**

Más de 1,100 artículos publicados en las revistas médicas de mayor prestigio mundial, sobre el empleo de la anestesia intravenosa con Pentothal Sódico, constituyen una guía segura para los cirujanos y los anestesiólogos, que abarca en detalle todas las fases de esta importante droga, incluyendo sus indicaciones y contraindicaciones, sus ventajas e inconvenientes, las precauciones que deben observarse, y finalmente, la técnica general de administración.

El Pentothal Sódico para anestesia intravenosa, se ofrece en ampollitas de 0.5 y 1 gm., en cajas de 25 ampollitas, o en paquetes combinados que contienen 0.5 gm. de Pentothal y 50 cm³ de agua químicamente pura, o 1 gm. de Pentothal y 10 cm³ de agua q. p., ambos en cajas de 25 y 75 paquetes. Puede obtenerse en las principales farmacias de las Américas.



pentothal[®] Sódico

MARCA REGISTRADA

(Tropental Sódico, Abbott)

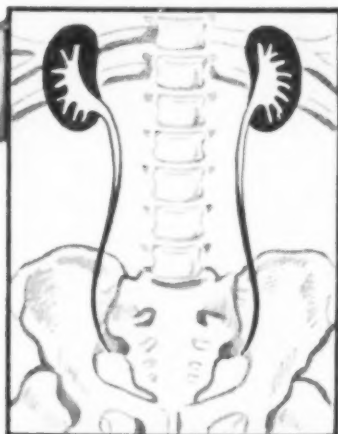
En Brasil: *Thiopental*

Abbott

LABORATORIES DE MEXICO, S. A.

NOSYLAN^{M.R.}

LA MAYOR PARTE DEL EXITO DE LA UROGRAFIA
POR VIA ENDOVENOSA DEPENDE . . .
. . . DEL MEDIO RADIO-OPACO EMPLEADO



Reg. No. 25569 S. S. A.

Prop. 22755

El NOSYLAN es altamente satisfactorio porque:

Es efectivo a dosis relativamente pequeñas . . .

Es rápidamente excretado a una alta concentración . . .

Produce sombras bien delineadas, claras y densas . . .

Permite inyectarlo a baja concentración relativa . . .

Es bien tolerado local y generalmente . . .

En la mayoría de los casos el NOSYLAN, administrado a dosis efectivas, no da lugar a reacciones desagradables.

Literatura exclusiva para médicos

MANUFACTURADO POR

Winthrop Products Inc. New York, N. Y., E. U. A.

Laboratorios en Rensselaer, N. Y., E. U. A.

Representantes:

The Sydney Ross Co., S. A.

Alabama 59

México, D. F.

Tels: 11-95-50 37-24-30



MEDICAMENTOS PREPARADOS CIENTIFICAMENTE Y DEDICADOS AL SERVICIO MEDICO

Nuevo Antibiótico

- Derivado de la Estreptomicina
- Menos neurotóxico
- No hay disfunción renal con dosificaciones de 2 gramos diarios
- Su actividad antibacteriana por lo regular es paralela a la Estreptomicina en tuberculosis.

DIHIDROMICINA

CARLOS GROSSMAN, S. A.

Sadi Carnot 86

México, D. F.

Reg. No. 33710 S. S. A.